Gaßmann
Marschall
Utschakowski

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Mental Health Care

Springer

M. Gaßmann (Hrsg.)

W. Marschall (Hrsg.)

J. Utschakowski (Hrsg.)

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege –

Mental Health Care

M. Gaßmann (Hrsg.)
W. Marschall (Hrsg.)
J. Utschakowski (Hrsg.)

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care

Mit 37 Abbildungen

Springer

Mirjam Gaßmann
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin

Werner Marschall
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Eschenallee 3
14050 Berlin

Jörg Utschakowski
FOKUS
Vegesackerstr. 174
28219 Bremen

ISBN-10 3-540-29432-5 Springer Medizin Verlag Heidelberg
ISBN-13 978-3-540-29432-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag
springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Barbara Lengricht, Berlin
Projektmanagement: Dr. Ulrike Niesel, Heidelberg
Titelbild und Design: deblik Berlin
SPIN 10817394
Satzherstellung und digitale Neuerstellung der Abbildungen: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg
Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg
Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2022 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

Mental Health Care ist als Disziplin der Pflegewissenschaften und praxisbezogenes Aufgabenfeld ganzheitlich ausgerichtet und insofern besonders geeignet für eine gesundheitsförderliche Orientierung.

Gesundheitsförderung bezieht sich als eines der wichtigsten Aufgabenfelder der angewandten Gesundheitswissenschaften vor ihrem salutogenetischen Hintergrund holistisch auf alle Lebensbezüge des Menschen. Im Mittelpunkt steht die Einheit von Leib, Psyche und Seele. Angesichts dieser Tatsache verwundert es, dass diese Trias zwar in der theoretischen Literatur zur Gesundheitsförderung die ihr zukommende Beachtung erfährt, dass aber in den praxisbezogenen, angewandten Gesundheitswissenschaften die somatischen Aspekte weitaus mehr Berücksichtigung finden als die Implikationen einer ganzheitlichen Betrachtung. Dies mag vordergründig mit den Problemen der Operationalisierung und Messbarkeit von Gesundheit und gesundheitsorientierten Interventionseffekten zusammenhängen. Dieser Gesichtspunkt gewinnt eine besondere Dominanz aus einem gewissen »Komplex«, den Prävention und Gesundheitsförderung im Vergleich zur kurativen Medizin haben, wenn es um die Erfassung von Kosten und Nutzen und um die optimale Allokation von Ressourcen bei alternativen Verwendungsmöglichkeiten geht. Hätte man in den letzten 100 bis 150 Jahren immer das harte Postulat des mathematisch und statistisch exakten Nachweises der Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen stets auch an die kurative Medizin gestellt – wie dies heute von Prävention und Gesundheitsförderung verlangt wird –, dann wären sicherlich wegen mangelnder finanzieller und ideeller Förderung sowie geeigneter methodischer Verfahren viele der epochalen Fortschritte in der Medizin nicht erzielt worden. Die ubiquitäre Finanzmittelknappheit hat jedoch hier neue Maßstäbe gesetzt, mit denen insbesondere die angewandten Gesundheitswissenschaften heute leben und umgehen müssen.

Die Weiterbildung im Bereich »Mental Health Care«, bei der Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung und der personzentrierte Ansatz sowie die sozioökonomischen und soziostrukturellen Kontextbedingungen eine herausragende Rolle spielen, gewinnt vor diesem Hintergrund zunehmend an Bedeutung. Dies gilt insbesondere für den ambulant-komplementären Bereich, der angesichts neuer Kooperationsstrukturen im Gesundheitswesen, wie Managed Care, Case Management, Disease Management und integrierter Versorgung, vor neuen Herausforderungen steht.

Dass Mental Health kein Bereich der Gesundheit wie jeder andere ist, zeigen die zahlreichen Bemühungen gerade auch international agierender Organisationen wie der WHO, die durch den Aufbau und die Pflege von Kollaborationszentren zu Mental Health seit vielen Jahren versucht, diesen Bereich der Gesundheitsversorgung zu stärken. So entstand zwar ein Netzwerk auf diesem Gebiet kompetenter Partner, doch konnten die gewonnenen Erkenntnisse und Fertigkeiten kaum Eingang in die Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den psychiatrischen Aufgabenfeldern finden.

Die Bedeutung der Weiterbildung für die Berufsausübung ist im Gesundheitswesen wie in allen relevanten Feldern unseres Wirtschafts- und Gesellschaftslebens unumstritten. Gewandelte ökonomische und soziale Rahmenbedingungen sowie neue gesundheitspolitische Orientierungen haben einen Fort- und Weiterbildungsbedarf generiert, der allen Akteuren auf der Angebots- und Nachfrageseite innovative Ideen und Initiativen, neue Lehr- und Lernformen, ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilität und insbesondere einen verstärkten persönlichen Einsatz abverlangt.

Viele in der Fort- und Weiterbildung aktive Einrichtungen – und dazu gehören auch die Universitäten und Hochschulen – haben dies erkannt und widmen sich zunehmend der wissenschaftlichen Weiterbildung auf zahlreichen Gebieten der Gesundheitswissenschaften. Mental Health Care ist dabei allerdings eher ein Stiefkind geblieben. Umso bemerkenswerter und verdienstvoller ist es, dass sich Robert Bosch Stiftung und die Charité Universitätsmedizin Berlin gerade dieser wichtigen Aufgabe angenommen haben und mit ihrem Lehrbuch zur Gesundheits- und Krankenpflege in der Psychiatrie ein ganzheitlich orientiertes Weiterbildungskompendium vorgelegt haben, das der komplexen Sicht von Mental Health Care voll gerecht wird. In sechs Sektionen werden die Grundlagen der psychiatrischen Pflege, die Organisationsstruktur der psychiatrischen Pflege, die psychiatrische Pflege mit ihren psychologischen Grundlagen, Pflegeinterventionen und pharmakologische Besonderheiten, die allgemeine psychiatrische Pflege mit Ausführungen zur Anatomie und Physiologie des ZNS, Krankheitsverläufen, Psychopathologie und Einteilungsmodellen psychischer Erkrankungen, die spezielle psychiatrische Krankheitslehre mit Pflege, Behandlung und Prävention sowie rechtliche Grundlagen und Rehabilitation in allen relevanten Facetten beleuchtet. Damit wird den Lernenden ein Weiterbildungskompendium an die Hand gegeben, das ihnen den neuesten Stand der Disziplin Mental Health Care im Sinne eines ganzheitlichen personzentrierten Ansatzes in der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt.

Es wäre wünschenswert, wenn dieses schriftliche Lernmaterial im Sinne des Blended Learning durch Präsenzveranstaltungen und Unterstützung durch Information, Kommunikation und E-Learning-Elemente beispielsweise auf der Basis einer Lernplattform mittelfristig abgerundet werden und so auch der Erwerb eines qualifizierten (Hochschul-)Zertifikates ermöglicht werden könnte.

Auf jeden Fall wurde mit dem Buchprojekt der Charité Universitätsmedizin Berlin eine oft beklagte Lücke in der weiterbildenden Literatur für in der psychiatrischen Pflege tätige Personen geschlossen, die sich über den neuesten Stand ihrer Disziplin und zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten informieren wollen. Das Kompendium ist geeignet, zu einer Kompetenzerweiterung und zusätzlichen Professionalisierung von Pflegekräften in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege beizutragen.

Prof. Dr. H. Kreuter
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Weiterbildungsbeauftragter der Hochschulen des Landes Sachsen-Anhalt

Geleitwort der Robert Bosch Stiftung

Auch in der psychiatrischen Pflege gilt: Der ambulant-komplementäre Bereich gewinnt immer mehr an Bedeutung. Dies hat Auswirkungen auf die Berufsrolle der Pflegenden. Neben dem spezifischen Fachwissen gewinnen andere Kompetenzen an Bedeutung. Gesundheitsförderung, Beratung und der personzentrierte Ansatz sowie das soziokulturelle Umfeld nehmen eine immer größere Rolle bei der Pflege ein. Spätestens seit dem Ende der neunziger Jahre und dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt »Psychiatrische Pflege im ambulant-komplementären Bereich« ist diese Erkenntnis empirisch belegt und in ihren Details offenkundig.

Es ist erfreulich, dass das damalige Projekt, an dem die Autoren dieses Buches entscheidenden Anteil hatten, heute weiter seine Wirkung entfaltet. Die gewonnenen Erkenntnisse werden mittlerweile in der Fort- und Weiterbildung umgesetzt, etwa durch die Integration in das Curriculum für die Fachweiterbildung »Pflege in der Psychiatrie«. Die neuartigen Ansätze in diesem Lehrbuch zeigen, dass die Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege im ambulant-komplementären Bereich nicht nur anhält, sondern sich mittlerweile neben und gemeinsam mit dem stationären Bereich vollzieht.

Wir hoffen, dass die im vorliegenden Lehrbuch dargelegten Sachverhalte Vorbild und Ansporn sind und eine weite Verbreitung finden werden.

Robert Bosch Stiftung

Vorwort

Mit der Erstauflage dieses Lehrbuches stellen wir das Verhältnis von Gesundheitsförderung und psychiatrischer Pflege in den Mittelpunkt der Betrachtung. Ihr komplexer Zusammenhang wird beleuchtet und im Hinblick auf zu erarbeitende Handlungskompetenzen unter dem Blickwinkel der Professionalisierung der psychiatrischen Pflege beschrieben.

Im Aufbau des Lehrbuches werden die Aspekte der Gesundheitsförderung in den einzelnen Kapiteln ausgehend vom historischen Kontext bis zur aktuellen Situation in der psychiatrischen Pflege dargelegt/dargestellt. Die Behandlung, Betreuung und Pflege psychisch erkrankter Menschen wird immer mehr aus der Klinik in das Lebensumfeld der Betroffenen verlagert. Dadurch stellen sich ebenso wie für die anderen Berufsgruppen im psychosozialen Bereich auch und speziell für die Berufsgruppe der Pflegekräfte neue Aufgaben und Herausforderungen. In diesem Zusammenhang stellt sich auf allen Ebenen der Versorgung und Behandlung die Anforderung nach gesundheitsförderlichem Handeln und einer neuen selbstbewussten Professionalisierungsausrichtung.

Die Qualität des Lehrbuches beruht nicht zuletzt auf einer fundierten theoretischen Grundlage (Forschungsprojekt »Psychiatrische Pflege im ambulant-komplementären Bereich« Robert Bosch Stiftung). In dem vorliegenden Lehrbuch sind darüber hinaus speziell die aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie wie z.B. Empowerment, Beratung und Gesundheitsförderung integriert. Die besonderen, veränderten Anforderungen an psychiatrische Pflege erfordern Weiterbildungskonzepte, die die ganze Person in kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Lerndimensionen ansprechen.

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie Umweltanforderungen meistern bzw. verändern können. Für diese Ausrichtung bietet sich, wie in dem vorliegenden Lehrbuch beschrieben, besonders das Konzept des »personzentrierten Arbeitens in der Psychiatrischen Pflege« an, das eine hohe Lernintensität und hohen Handlungs- und Problembezug mit methodischer Vielfalt ermöglicht. Das Kerngebiet einer zukünftigen gesundheitsfördernden psychiatrischen Pflegeprofession ist der Erhalt der Alltagskompetenzen und die Förderung der Selbstpflegefähigkeiten (Erhaltung von Gesundheit im Sinne eines selbstbestimmten Lebens). Durch die Änderung des Krankenpflegegesetzes finden heute verstärkt Inhalte der Gesundheitsförderung Eingang in die Weiterbildung und Pflegepraxis. Dieser Tatsache trägt die inhaltliche Ausrichtung dieses Lehrbuches Rechnung. Eine Ausrichtung, die sich in der Qualifizierung der psychiatrischen Pflege künftig verstärkt an den neuen Aufgaben in den erweiterten Tätigkeitsfeldern der Gemeindepsychiatrie, wie Case -Management oder Soziotherapie, orientieren wird. Die Entwicklung von Schlüsselkompetenzen wie Umgang mit Verantwortung, Gestaltung der Beziehung zum Patienten, Reflexionsfähigkeit, das Verhalten dem Patienten gegenüber, die Organisation der Arbeit und das Selbstmanagement, sind in den erweiterten Tätigkeitsfeldern von entscheidender Bedeutung.

Uns als Herausgeber des Lehrbuches, ist es dabei wichtig, auf die enge Verzahnung zwischen theoretischem Wissen und praktischer Anwendung in den beruflichen Handlungsfeldern zu achten.

An dieser Stelle möchten wir es nicht versäumen, all jenen, die an der Entstehung des Lehrbuches mitgewirkt haben, sehr herzlich zu danken. Besonders den Autoren für die gute Zusammenarbeit und den Ansprechpartnern des Verlags, die uns stets beratend zur Seite standen, gebührt ein sehr herzlicher Dank.

Mirjam Gaßmann
Werner Marschall
Jörg Utschakowski

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen der psychiatrischen Pflege

1 Zur Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenpflege im deutschsprachigen Raum 3
Thomas Müller
1.1 Die frühe institutionalisierte Psychiatrie 4
1.2 Entkriminalisierung, Entmystifizierung, Medikalisierung 4
1.3 Frühe Formen der institutionalisierten Krankenpflege 6
1.4 Der gesellschaftliche und medizinische Kontext des 19. Jahrhunderts 6
1.5 Die neurologische Wende 8
1.6 Psychotherapeutische Einflüsse 8
1.7 Der Darwinismus und die Degenerations-Hypothese 9
1.8 Trauma und Krieg 10
1.9 Pflege und Psychiatrie im Nationalsozialismus 10
1.10 Die Nachkriegszeit in den beiden deutschen Staaten 11
1.11 Die Reformen der 1970er Jahre 12
1.12 Ausblick 13
Literatur 15

2 Pflege in der Psychiatrie: Konzepte und Modelle 17
Martina Roes (Kap. 2.1 u. Kap. 2.2), Gertrud Schmälzle (Kap. 2.2)
2.1 Pflegeforschung 18
2.2 Pflegetheorien und Pflegeverständnis 23
Literatur 36

3 Gesundheitsförderung in der Psychiatrie: Konzepte und Modelle 39
Gerhard Huck
3.1 Gesundheit und Krankheit 40
3.2 Grenzen der Gesundheit: einige Thesen 44
3.3 Salutogenese: Ein Modell der Gesundheitsförderung 45
3.4 Pflegerische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung 54
Literatur 62

4 Die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie 65
Martin Meyer
4.1 Berufsrolle und persönliche Entwicklung 66
4.2 Helfersyndrom und Helferproblematik 77
4.3 Interdisziplinär und multi-professionell: Pflege im Team 80
Literatur 84

Organisationsstruktur der psychiatrischen Pflege

5 Organisation und Mitarbeiterführung 87
Helmut Schiffer
5.1 Wertewandel und veränderte Anforderungen im Arbeitsprozess 89
5.2 Motivation und Leistung von Mitarbeitern 95
5.3 Projektmanagement 101
Literatur 105

6 Methoden der Pflegepraxis 107
Karin Bähr-Heintze, Susanne Stern
6.1 Pflegeformen 108
6.2 Der Pflegeprozess 112

6.3 Patientenaufnahme und Betreuung . . . 115
Literatur . . . 123

7 Kommunikation und Gesprächsführung . . . 125
Mark Helle
7.1 Was ist Kommunikation? . . . 126
7.2 Allgemeine Kommunikationstheorien 127
7.3 Die fünf Axiome menschlicher Kommunikation (Watzlawick) . . . 129
7.4 Das Nachrichtenquadrat (Schulz v. Thun) 131
7.5 Der personzentrierte Ansatz und Kommunikation (Rogers) . . . 134
7.6 Zusammenfassung . . . 136
Literatur . . . 137

8 Interkulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Pflege . . . 139
Heike Pfitzner
8.1 Einleitung – Wozu braucht die Pflege einen kultursensiblen Ansatz? . . . 140
8.2 Betrachtungen zum Begriff »interkulturell« . . . 141
8.3 Was bedeutet »Kultur«? . . . 141
8.4 Was bedeutet dann interkulturelle Kompetenz? . . . 142
8.5 Aktuelle Konzepte der interkulturellen Kommunikation in der Pflege . . . 143
Literatur . . . 144

Psychiatrische Pflege

9 Psychologische Grundlagen psychiatrischer Pflege . . . 147
Jeannette Bischkopf, Astrid Sonntag
9.1 Einführung in die psychologischen Begriffe . . . 148
9.2 Urteilsbildung und diagnostische Einschätzungen . . . 156
9.3 Psychologische Grundlagen des Handelns in pflegerischen Arbeitsfeldern 158
Literatur . . . 167

10 Pflegeinterventionen . . . 169
Sibylle Linke (Kap. 10.1 u. Kap. 10.2), Jeannette Bischkopf (Kap. 10.3), Astrid Sonntag (Kap. 10.3), Ilona Hippold (Kap. 10.4), Mirjam Gaßmann (Kap. 10.5), Werner Marschall (Kap. 10.5), Helmut Thiede (Kap. 10.6)
10.1 Beziehung Patient und Pflegekraft . . . 172
10.2 Nähe und Distanz . . . 178
10.3 Gruppenarbeit . . . 179
10.4 Aggressionsmanagement – Deeskalationsstrategien . . . 183
10.5 Zusammenarbeit mit ambulant-komplementären Einrichtungen . . . 186
10.6 Soziotherapie nach § 37a SGB V . . . 187
Literatur . . . 193

11 Pharmakologie in der psychiatrischen Pflege . . . 195
Katrin Nehring
11.1 Definitionen . . . 196
11.2 Grundsätzliches zum Umgang mit Psychopharmaka . . . 197
11.3 Neuroleptika . . . 197
11.4 Antidepressiva . . . 200
11.5 Phasenprophylaktika (Lithium, Antiepileptika) . . . 202
11.6 Benzodiazepine . . . 204
11.7 Antidementiva . . . 205
Literatur . . . 206

Allgemeine psychiatrische Pflege

12 Anatomie und Physiologie des zentralen Nervensystems (ZNS) 209
Ewald Proll
12.1 Einführung . . . 210
12.2 Hirnstamm: verlängertes Mark und Hinterhirn (Metencephalon) . . . 210
12.3 Zwischenhirn . . . 212
12.4 Endhirn (Großhirn, Telencephalon) . . . 214
12.5 Wie arbeitet das Gehirn? . . . 216
Literatur . . . 217

13 Theorien zur Krankheitsentstehung 219
Claudia Heinz
13.1 Biologisch-medizinische Ursachen 220
13.2 Psychologische Ursachen 221
13.3 Soziale Ursachen 221
Literatur 221

14 Verlauf psychischer Erkrankungen . . 223
Claudia Heinz, Jörg Utschakowski
14.1 Krankheitsepisoden 224
14.2 Chronifizierung 224
14.3 Prognose 226
14.4 »Drehtürpsychiatrie« und Hospitalismus 226
14.5 Kasuistik 227
Literatur 229

15 Psychopathologie 231
Martin Meyer
15.1 Erkennen von Bewusstseinsstörungen 232
15.2 Erkennen von Orientierungsstörungen 233
15.3 Erkennen von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen 234
15.4 Erkennen von Gedächtnisstörungen . . . 234
15.5 Erkennen von Denkstörungen 236
15.6 Erkennen von Ängsten und Zwängen . . 239
15.7 Erkennen von Störungen des Ich-Erlebens 239
15.8 Erkennen von Affektstörungen 241
Literatur 243

16 Einteilungsmodelle psychischer Störungen 245
16.1 ICD 10 und DSM IV 246
16.2 DRGs in der Psychiatrie 247
16.3 Pflegediagnosen in der Psychiatrie – ein Ausblick 249
Literatur 251

Spezielle psychiatrische Krankheitslehre: Pflege, Behandlung, Prävention

17 Pflege bei organisch-psychischen Störungen 255
Christa Lehmann, Sibylle Linke
17.1 Demenzielle Erkrankungen 256
17.2 Delir (Delirium). 260
Literatur 262

18 Pflege bei Schizophrenie und wahnhaften Störungen 263
Katrin Nehring
18.1 Pflege bei Schizophrenie 264
18.2 Pflege bei wahnhaften Störungen 267
Literatur 269

19 Pflege bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen 271
Katrin Hartung, Kerstin Müller
19.1 Angststörungen und Phobien 272
19.2 Zwangsstörungen 274
19.3 Belastungs- und Anpassungsstörungen 276
19.4 Weitere neurotische Störungen 278
Literatur 279

20 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 281
Winfried Böhner, Martin Meyer
20.1 Verhaltensstörungen. 282
20.2 Paranoide Persönlichkeitsstörung 285
20.3 Schizoide Persönlichkeitsstörung 286
20.4 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung . . . 286
20.5 Depressive Persönlichkeitsstörung 286
20.6 Grundsätzliches zur Pflege bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 287
Literatur 288

21 Affektive Störungen 289
Winfried Böhner, Martin Meyer
21.1 Depression 290
21.2 Manie 293
Literatur 295

22 Pflege bei posttraumatischen Störungen 297
22.1 Definitionen und Klassifizierung 298
22.2 Ursachen 299
22.3 Krankenbeobachtung 300
22.4 Neurobiologische Veränderungen und deren Auswirkung im (stationären) Alltag 300

22.5 Alternativen zum selbstverletzenden Verhalten . . . 305
22.6 Umgang mit Menschen nach Selbstverletzung . . . 306
Literatur . . . 307

23 Pflege bei Abhängigkeitserkrankungen . . . 309
Rosemarie Heger
23.1 Entstehungsbedingungen . . . 310
23.2 Typologie . . . 312
23.3 Folgeschäden . . . 313
23.4 Diagnose der Alkoholabhängigkeit . . . 314
23.5 Co-Abhängigkeit . . . 314
23.6 Behandlung der Alkoholabhängigkeit . . . 315
23.7 Abwehrmechanismen . . . 316
23.8 Veränderungsprozesse . . . 317
23.9 Überleitung – Netzwerke . . . 320
Literatur . . . 320

24 Gerontopsychiatrie . . . 321
R. Hellweg, Esther I. Strittmatter
24.1 Organische Störungen . . . 322
24.2 Affektive Erkrankungen . . . 329
24.3 Schizophrenie . . . 332
24.4 Weitere psychische Erkrankungen im Senium . . . 333
Literatur . . . 335

25 Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . 337
Günter Koch, Christoph Kussmaul, Wolf-Rüdiger Naussed
25.1 Psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen – gesunde und gestörte Prozesse . . . 338
25.2 Ausgewählte Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen . . . 340
25.3 Suizidalität im Kindes- und Jugendalter 349
25.4 Intelligenzminderung, geistige und psychische Behinderung . . . 349
25.5 Anfallsleiden . . . 350
25.6 Heil- und Sonderpädagogik, Verhaltensauffälligenpädagogik . . . 351
25.7 Elternarbeit . . . 351
Literatur . . . 352

26 Forensische Psychiatrie . . . 355
Michael Hülsen
26.1 Gesetzliche Grundlagen . . . 356
26.2 Krankheitsbilder . . . 358
26.3 Straftaten . . . 359
26.4 Besonderheiten der forensischen Pflege . . . 359
Literatur . . . 360

Rechtliche Grundlagen und Rehabilitation

27 Rechtliche Grundlagen in der Versorgung und Behandlung . . . 363
Elke Bachstein
27.1 SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende . . . 364
27.2 SGB III – Arbeitsförderung . . . 365
27.3 SGB V – Krankenversicherung . . . 366
27.4 SGB IX – Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe . . . 368
27.5 SGB XII – Sozialhilfe . . . 370
27.6 Rechtliche Aspekte in der psychiatrischen Arbeit . . . 372
27.7 Unterbringungsrecht . . . 373
27.8 Betreuungsrecht . . . 375
27.9 Berufsbildung und Berufsförderung . . . 378
Literatur . . . 379

28 Netzwerke und Modelle der Behandlung und Versorgung . . . 381
Jörg Utschakowski
28.1 Versorgungsmodelle . . . 382
28.2 Elemente der Behandlung . . . 384
28.3 Rehabilitation . . . 388
28.4 Selbstorganisation . . . 391
28.5 Kooperation . . . 392
Literatur . . . 393

Glossar . . . 395

Stichwortverzeichnis . . . 411

Autorenverzeichnis

Ruth Ahrens
Freiherr-vom-Stein-Straße 11a,
55543 Bad Kreuznach

Elke Bachstein
Heerstr. 11, 14052 Berlin

Karin Bähr-Heintze
Winterseite 26, 35282 Rauschenbach/Schwabendorf

Dr. Jeannette Bischkopf
Frei Universität Berlin,
Fachbereich Erziehungswissenschaften
und Psychologie
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Dr. Winfried Böhner
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kaulardstraße 19, 50354 Hürth

Meik Friedrich
Universität Hannover,
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Königsworther Platz 1, 30167 Hannover

Mirjam Gaßmann
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Katrin Hartung
Kollwitzstraße 12, 10405 Berlin

Rosemarie Heger
Feldstr. 7 A, 12207 Berlin-Lichterfelde

Claudia Heinz
Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie
Am Barkhof 35, 28209 Bremen

Prof. Dr. Mark Helle
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH),
Standort Stendal
Osterburger Straße 25, 39576 Stendal

Prof. Dr. Rainer Hellweg
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie
und Psychotherapie
Eschenallee 3, 14050 Berlin

Ilona Hippold
Postfach 100825, 78408 Konstanz

Gerhard Huck
Im Bock 2, 74182 Obersulm-Eschenau

Michael Hülsen
Kölnerstr. 82/55, 40764 Langenfeld

Dr. Günter Koch
Petz e.V.
Schwendenerstr. 39, 14195 Berlin

Christoph Kussmaul,
Petz e.V.
Schwendenerstr. 39, 14195 Berlin

Christa Lehmann
Deutsches Rotes Kreuz,
Heimleiterin der Seniorenbetreuungseinrichtung
»Saalower Berg«, Horstweg 1,
15838 Am Mellensee/OT Saalow

Sybille Linke
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin, Psychiatrische Klinik –
Modul Integrative Psychiatrie (Station 18B)
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Werner Marschall
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Martin Meyer
IfEG-Institut
Iltisstraße 23, 50825 Köln

Dr. Thomas Müller
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB)
Institut für Geschichte der Medizin
Klingsorstrasse 119, 12203 Berlin

Kerstin Müller
Lychener Straße 8, 10437 Berlin

Wolf-Rüdiger Naussed
Petz e.V.
Schwendenerstr. 39, 14195 Berlin

Katrin Nehring
Schwerinstraße 12, 10783 Berlin

Dr. Heike Pfitzner
STIC – Personalentwicklung
Russland/Ukraine/Belarus
Geschwister-Scholl-Straße 11, 20251 Hamburg

Dr. Ewald Proll
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie
Varresbecker Straße 20, 42115 Wuppertal

Prof. Dr. Martina Roes
Hochschule Bremen FB 8 – ISP
Neustadtswall 30, 28199 Bremen

Helmut Schiffer
Schulenburgring 5, 12101 Berlin

Gertrud Schmälzle
Campus Benjamin Franklin IPB Bereich
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Dr. Astrid Sonntag
Dorfstraße 41, 06888 Dietrichsdorf

Susanne Stern,
Maßmannstraße 11, 12163 Berlin

Dr. Esther Strittmatter
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
Klinik und Hochschulambulanz
für Psychiatrie und Psychotherapie
Eschenallee 3, 14050 Berlin

Helmut Thiede
Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH
Waller Heerstraße 103, 28219 Bremen

Jörg Utschakowski
FOKUS
Vegesackerstr. 174, 28219 Bremen

Christoph Vauth
Universität Hannover,
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Königsworther Platz 1, 30167 Hannover

Die Herausgeber

Mirjam Gaßmann
Jahrgang 1963; Krankenpflegeexamen 1983; Fachweiterbildung Psychiatrie 1996; 10 Jahre in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin tätig; seit 2002 Leiterin der Fachweiterbildung Gesundheits- und Krankenpflege in der Psychiatrie an der Charité Universitätsmedizin Berlin; Gesundheitswissenschaftlerin B.Sc.; Forschungsprojekt zur psychiatrischen Pflege im ambulant- komplementären Bereich 1997–1998, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung; im Anschluss Curriculumsentwicklung und Umsetzung in die Praxis von Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie; zurzeit berufsbegleitendes Fernstudium »Master of Arts« Erwachsenenbildung

Werner Marschall
Jahrgang 1953; Krankenpflegeexamen 1977; Fachweiterbildung Psychiatrie 1996; 10 Jahre in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin tätig; seit 2003 Abteilungsleiter der psychiatrischen Klinik am Campus Benjamin Franklin; Gesundheitswissenschaftler B.Sc.; Forschungsprojekt zur psychiatrischen Pflege im ambulant-komplementären Bereich 1997–1998, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung; im Anschluss Curriculumsentwicklung und Umsetzung in die Praxis von Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie

Jörg Utschakowski
Jahrgang 1962; Diplom als Sozialarbeiter/-pädagoge 1987; Weiterbildung systemische Beratung 2001; 15 Jahre als Sozialarbeiter im Betreuten Wohnen tätig; seit 12 Jahren Lehrbeauftragter an der Hochschule Bremen; seit 2001 in der Curriculumsentwicklung und Aus-, Fort- und Weiterbildung von psychiatrischen Fachkräften tätig; 2001–2004 Koordination des trinationalen Pilotprojektes WAP (Weiterbildung ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege), gefördert durch die Europäische Union; seit 2005 Koordination des EU- Pilotprojektes EX-IN (Experienced-Involvement) zu Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen als Dozenten und »Genesungsbegleiter«

Grundlagen der psychiatrischen Pflege

1 Zur Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenpflege im deutschsprachigen Raum – 3

Thomas Müller

2 Pflege in der Psychiatrie: Konzepte und Modelle – 17

Martina Roes (Kap. 2.1 u. Kap. 2.2), Gertrud Schmälzle (Kap. 2.2)

3 Gesundheitsförderung in der Psychiatrie: Konzepte und Modelle – 39

Gerhard Huck

4 Die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie – 65

Martin Meyer

1 Zur Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenpflege im deutschsprachigen Raum

Thomas Müller

1.1 Die frühe institutionalisierte Psychiatrie – 4

1.2 Entkriminalisierung, Entmystifizierung, Medikalisierung – 4

1.3 Frühe Formen der institutionalisierten Krankenpflege – 6

1.4 Der gesellschaftliche und medizinische Kontext des 19. Jahrhunderts – 6

1.5 Die neurologische Wende – 8

1.6 Psychotherapeutische Einflüsse – 8

1.7 Der Darwinismus und die Degenerations-Hypothese – 9

1.8 Trauma und Krieg – 10

1.9 Pflege und Psychiatrie im Nationalsozialismus – 10

1.10 Die Nachkriegszeit in den beiden deutschen Staaten – 11

1.11 Die Reformen der 1970er Jahre – 12

1.12 Ausblick – 13

Literatur – 15

1

In Kürze

Dieser historische Beitrag versteht sich als einführender Teil eines Lehrbuchs der Psychiatrischen Krankenpflege. Im Rahmen eines Kurzbeitrags zur Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenpflege sind inhaltliche Beschränkungen notwendig. So behandelt dieser Beitrag die Psychiatrie und psychiatrische Krankenpflege im deutschsprachigen Raum seit dem frühen 19. Jahrhundert.

Auf empfehlenswerte Literatur zur Geschichte der Pflege und Behandlung psychisch Kranker, von den frühen Hochkulturen und der Antike über das Mittelalter bis in die Zeit der Aufklärung hinein, wird in der beigefügten Literaturauswahl verwiesen. Im Rahmen der reichhaltigen internationalen Literatur zum Thema wurde hinsichtlich des wesentlichen Verwendungszwecks dieses Werkes als Lehrbuch für die Krankenpflegeausbildung in Deutschland hier den deutschsprachigen Werken beziehungsweise den deutschen Übersetzungen fremdsprachiger Originalpublikationen der Vorzug gegeben. Neben den Monographien werden solche Sammelbände vorgeschlagen, in denen mehrere Kapitel zur vertiefenden Lektüre dienen können.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- die Grundzüge der Geschichte der Psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert
- die Grundzüge der Geschichte der psychiatrischen Krankenpflege
- die Beziehungen zwischen ärztlichem Beruf und Pflegeberuf aus historischer Sicht

1.1 Die frühe institutionalisierte Psychiatrie

Fragt man in der Wissenschaftsgeschichte nach der Geburtsstunde einer Disziplin, einer Theorie oder einer Therapie, so muss jeder Antwort etwas Unvollständiges und Künstliches anhaften.

Entwicklungen in der Wissenschaft sind in aller Regel das Produkt komplexerer Zusammenhänge.

Diese Zusammenhänge entstehen eher aus den Beiträgen personeller Netzwerke als allein aus denjenigen von Einzelpersonen, und dies oft in ähnlichen Zeiträumen an mehreren verschiedenen Orten. Die medizinische Disziplin der Psychiatrie stellt hier keine Ausnahme dar. Dennoch bieten sich einige Daten an. Symbolische Kraft hat im deutschsprachigen Raum das Jahr 1803. Es ist dies das Publikationsjahr der »Psychiatrischen Rhapsodien« von Johann Christian Reil (1759–1813). Der dem sog. Vitalismus anhängende Reil war ein früher Fürredner der psychiatrischen Eigenständigkeit im Sinne eines eigenständigen medizinischen Fachs. Reil prägte den Begriff »Psychiatrie« selbst. Der Vitalismus war eine Gesundheits- und Krankheitslehre, die ein übergeordnetes Lebensprinzip annahm, bestehend aus fundamentalen und handelnsbegründenden Kräften, bei deren Ungleichgewicht diesem Prinzip zufolge Krankheit auftreten würden. Reil galt den Zeitgenossen als eine Art Gegenkandidat zu dem einflussreichen französischen Arzt Philippe Pinel (1745–1826).

1.2 Entkriminalisierung, Entmystifizierung, Medikalisierung

Allgemein formuliert ist der Übergang zum 19. Jahrhundert in Westeuropa gekennzeichnet durch den Versuch einer schrittweisen Entkriminalisierung der psychisch Kranken, die zuvor häufig mit Gewalttätern zusammengesperrt und durch die permanente Anwendung körperlicher Gewalt festgehalten worden waren.

Mit einem wachsenden Verständnis für die Symptome psychisch Kranker als Zeichen einer Krankheit ging auch eine gewisse Entmystifizierung psychisch Kranker einher, die in vormodernen Konzepten als vom Teufel Besessene betrachtet worden waren. Diese Entwicklung wurde in der älteren psychiatriehistorischen Literatur häufig mit dem Namen eben jenes bedeutenden Pariser Klinikers Pinel in Verbindung gebracht. Der jüngeren Forschung zufolge wird diese Zuschreibung als Gründungsmythos moderner französischer Psychiatrie bezeichnet, und da-

rüber hinaus kommt den Pflegekräften in den von Pinel betreuten Einrichtungen, wie dem Aufseher Pussin, in der Umsetzung dieser Humanisierungsbestrebungen offenbar genauso hohe Bedeutung wie den ärztlichen Akteuren zu. Dennoch steht der Name Pinel bis heute mehr als jeder andere seiner psychiatrischen Kollegen dieser Generation in Frankreich für vielgestaltige Veränderungen in der Medizin der Zeit, unter anderem im Umgang mit psychiatrischen Patienten. Recht unzweifelhafter ist sein Beitrag zum Aufstieg des damaligen Pariser Irrenhauses »Salpêtrière« – für wenigstens hundert Jahre – zu einem neuropsychiatrischen Zentrum von Weltrang. Einzufügen ist hier, dass das Verhältnis zwischen pflegerischer und ärztlicher Tätigkeit durch eine Geschichte der Interessenskonflikte gekennzeichnet ist. Finden die in beiden Berufsgruppen Tätigen auch spätestens am Krankenbett zusammen, so stellten doch Hierarchisierungen im Rahmen der institutionellen Arbeit zu jeder Zeit einen Konfliktherd dar. Selbstverständlich unterlagen auch diese Hierarchisierungen einem steten Wandel über die Zeit. Das Verständnis davon oder die Erkenntnis, dass es sich dabei um zwei eigenständige, selbstverantwortliche Berufe und Tätigkeitsbereiche handelt, deren gute Kooperation in kausalem Zusammenhang zur Qualität der Behandlung von Kranken steht, ist dabei erstaunlich jung.

In der Konzeptionierung der Psychiatrie am Beginn des 19. Jahrhunderts traten hinsichtlich Ursache und Therapie von psychischen Erkrankungen neben der Vererbung und der individuellen psychischen Erfahrung stärker als zuvor auch Fragen der Erziehung hinzu. Der Kranke sollte »zur Vernunft« gebracht werden. Firmierte dies im deutschsprachigen Raum unter psychischer Kur, so erlangten das französische »traitement morale« oder das englische »moral treatment/management« als Begrifflichkeiten, die eine ganze Epoche psychiatrischer Therapie kennzeichneten, noch größere Bekanntheit.

Die Isolierung des Kranken von seiner Ursprungsfamilie zum Ziele der Besserung seines Zustands wurde zum Standard der Behandlung erhoben.

Für ein Verständnis des Begriffs »Aufseher« oder »Krankenwärter« ist dies erhellend.

In der Schulpsychiatrie vertrat man darüber hinaus die Auffassung, dass der organisatorische und architektonische Aufbau von Irrenanstalten in engem inhaltlichen Zusammenhang zu Erfolg versprechender Therapie oder Verwahrung von psychisch Kranken stehe. Pinel fand hinsichtlich dieser Auffassung und im Verlauf vor allem der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine nicht gezählte Zahl an Fürsprechern.

In der Geschichtsschreibung der Psychiatrie wurde in der Vergangenheit auch deswegen die Geschichte der Institutionen betont, in denen Pflegekräfte, Aufseher und Ärzte tätig waren. Diese Art von Psychiatriegeschichtsschreibung führt uns von der christlichen Klostermedizin über die Gründung der Hospitäler und der Entwicklung der Armenfürsorge bis hin zur Gründung von psychiatrischen Privat-Sanatorien, von städtischen Krankenhäusern mit Fachabteilungen und Gründung der Universitäten mit ihren medizinischen Lern- und Lehrbereichen.

Die Konzepte von psychischer Krankheit und ihrer Heilung oder zumindest ihrer Behandlung bilden sich dabei in Architektur wie auch in der Platzierung dieser Orte in der jeweiligen Kulturlandschaft ab.

Die klostereigenen agrikulturellen Betriebe des Mittelalters wie auch die Landgüter im Besitz psychiatrischer Heil- und Pflegeanstalten im 19. Jahrhundert geben, wie viele andere Beispiele mehr, Hinweise auf ökonomische, politische und andere Aspekte einer mit allgemein-gesellschaftlichen Einflussgrößen hochgradig verflochtenen Geschichte der Pflege und Behandlung psychisch Kranker. Das Verständnis einer Geschichte der Psychiatrie als die Geschichte der sie praktizierenden Institutionen stellt auch weiterhin eine legitime Form der Annäherung an den Gegenstand dar, wurde jedoch durch andere Perspektiven erweitert. Auch anhand einer Geschichte der Methoden der Therapie, der Sicht von Patientinnen und Patienten, oder einer Geschichte der Psychiatrie aus der Sicht des Pflegepersonals lässt sich Wesentliches zeigen.

Für die Psychiatrie ab dem frühen 19. Jahrhundert wurde eine entmystifizierende Medikalisierung der Geisteskrankheit und eine zunehmende Kritik an der Gewaltanwendung gegen Patienten als charak-

teristisch beschrieben. Dennoch muss festgehalten werden, dass trotz nachweislich vorhandener Humanisierungstendenzen die Prügelstrafe oder die Kaltwasserdusche dennoch weiterhin durchgeführt wurden. Gerade hier wurde auf die Funktion des sog. Wartepersonals oder Wärterpersonals zurückgegriffen. Verfolgt wurde zweifellos auch die völlige Unterordnung des Kranken unter das Regime der Psychiatrie und der sie Praktizierenden: So gehörte beispielsweise auch die Einführung der erzwungenen Sondenernährung ins Repertoire nicht nur der Pariser Irrenhäuser. Moralische Mittel und Arbeitstherapie standen nun ebenfalls hoch im Kurs.

1.3 Frühe Formen der institutionalisierten Krankenpflege

Eine wesentliche Entwicklung, die das 19. Jahrhundert im Bereich der Pflege der Kranken jedoch insgesamt mit sich brachte, hängt mit dem sozialen Umbruch der Aufklärung und den Entwicklungen in der klinischen Medizin untrennbar zusammen: Hier beginnt, was den deutschsprachigen Raum betrifft, die Umgestaltung des bis dato gänzlich unter dem umfassenden Einfluss der christlichen Tradition stehenden Pflege kranker Menschen. Entwickelt wurden vier Formen, die katholische Ordenspflege, die evangelische Diakonie, die weltlichen Mutterhausverbände und die freiberufliche Krankenpflege. Für die Geschichte der weltlich organisierten Krankenpflege sind die Kriegseinsätze in den Befreiungskriegen von der napoleonischen Besatzung nach 1813 nicht unwesentlich, in denen nun auch Frauen aufgerufen waren, verwundete und erkrankte Soldaten zu pflegen, und dem aus »vaterländischer Verpflichtung« heraus auch nachgekommen waren.

Dies stellt eine Vorform der konfessionell nicht gebundenen und freiberuflichen Krankenpflege dar, die im späten 19. Jahrhundert in eine Reform der Krankenpflege hin zu einem interkonfessionellen, in der Gesellschaft geachteten und finanziell gesicherten Beruf, vordringlich für Frauen mündete.

Mit der erwähnten Verwundetenpflege im Kriegsfall steht übrigens auch die Gründung des Roten Kreuzes und seiner späteren Schwesternschaften in engstem Zusammenhang. 1859 entstand in Lausanne in der Schweiz eine frühe und private Krankenpflegeschule. Der Arzt und Pathologe Rudolf Virchow stellte in einem Berliner Vortrag 1869 die hohe Bedeutung der Krankenpflege dar und betonte die Schaffung einer »berufsmäßigen Ausbildung«. Unter seinem Einfluss und in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus am Friedrichshain wurde in Berlin 1881/82 das Viktoria-Haus als Schule zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen gegründet. Gegen Ende des Jahrhunderts nahm der Anteil der Frauen, die in weltlichen, teils auch privaten Formen Krankenpflege ausübten, deutlich zu.

Die psychiatrische Familienpflege ist für die Geschichte der Krankenpflege psychisch kranker Menschen ebenfalls von gewisser Bedeutung. Der seit den 1890er Jahren die Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe bei Stendal in der Altmark leitende Psychiater Konrad Alt erkannte die hohe Bedeutung gut ausgebildeter Krankenpflegekräfte. Er sprach sich für eine bessere Bezahlung, die Erlaubnis der Heirat und andere Leistungen und Zugeständnisse an das Pflegepersonal aus. Alt hatte erkannt, dass die bis dahin von den Ärzten beklagte hohe Fluktuation der in der psychiatrischen Krankenpflege Tätigen durch solche Verbesserungen des Arbeitsklimas und der Lebensqualität der Pflegekräfte zu mindern war.

Als Zeichen einer zunehmenden Autonomie wurde 1903 die »Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands« gegründet, der Vorläufer des »Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe«.

1.4 Der gesellschaftliche und medizinische Kontext des 19. Jahrhunderts

Galt lange das 19. Jahrhundert gemeinhin als das Zeitalter der Entstehung der europäischen Nationalstaaten, so erfuhr dieses Bild aufgrund jüngerer allgemeinhistorischer Forschungen eine gewichtige Erweiterung: Die Industrialisierung und zunehmende Mobilität im Zuge technischer Entwicklung, die Intensivierung interregionaler und interkontinentaler wirtschaftlicher Verflechtung forcierten im 19. Jahrhundert zunehmend auch den Austausch

von Gütern, Personen und Wissen über jegliche Grenzen hinweg. Die Weltausstellungen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigen dies deutlich. Viele medizinische Subdisziplinen verfügten mit eigenen Sektionen auf diesen Weltausstellungen über den Raum, sich selbst beziehungsweise das gewünschte Bild von sich selbst öffentlich darzustellen. Auf der Pariser Weltausstellung von 1867 wurde zum Beispiel nach Vorbild der sog. Irrenkolonie im flämischen Gheel ein Haus ausgestellt, das nach Meinung der ausstellenden Ärzte zur Benutzung im Rahmen der psychiatrischen Familienpflege besonders geeignet sei.

Für die Wissenschaften tritt, vor allem durch eine hinsichtlich ihres Umfangs geradezu explodierende Publikationskultur, eine diesen Aspekt internationaler Verflechtung von medizinischer Theorie und Praxis noch verstärkender Faktor hinzu:

Diese Entwicklung führte zur Beteiligung einer viel größeren Zahl an Experten, Laien und auch Betroffenen am kommunikativen Austausch über die Entwicklung der verschiedensten Bereiche der Wissenschaften.

Für die Psychiatrie bringt dies eine vom internationalen Kontext nicht trennbare und in ihrer charakteristischen Ausprägung dennoch auch mit Eigenheiten versehenen Phase der graduellen Humanisierung, aber auch der Verwissenschaftlichung mit sich. Wird diese Phase in England (No-restraint-Bewegung) mit John Connolly (1794–1866) in Verbindung gebracht, so gilt der schwäbische Psychiater Wilhelm Griesinger (1817–1868) als deutscher Wegbereiter. Von Griesinger wurde unter dem die gesamte Medizin dieser Zeit prägenden Einfluss des sog. Lokalismus der Aspekt der Lokalisierbarkeit psychischer Krankheiten als Gehirnkrankheiten hervorgehoben. Dieser Schritt wäre jedoch ohne die Entwicklung der Pathologie und der pathologischen Anatomie, auch der ausländischen, in dieser Form nicht denkbar gewesen.

Griesingers Beitrag wurde häufig als wesentlicher Baustein in der Begründung einer wissenschaftlichen Somatopsychiatrie, einer in der Erklärung von Krankheiten auf körperliche Korrelate konzentrierten Konzeptualisierung der Psychiatrie, bezeichnet.

Das genaue Studium des klinisch-pathologischen Erscheinungsbildes einer Erkrankung wie auch die Untersuchung des psychologischen Status wurde nun zum Standard psychiatrischer Praxis erklärt. Das historiographische Konzept einer Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, in der in bipolarer Weise eine Gruppe von als »Psychiker« bezeichneten psychiatrisch tätigen Ärzten »Somatiker« gegenüber standen, wird jedoch inzwischen hinterfragt und in Zweifel gezogen. Deutlicher weist man nun auf Gemeinsamkeiten hin, die, neben den Unterschieden zwischen den Konzepten dieser Ausrichtungen, ebenfalls bestanden.

Griesingers Position war im Rahmen einer weiteren, hiervon kaum trennbaren und zentralen Debatte der Psychiatrie um die Mitte des 19. Jahrhunderts wesentlich. Zusammenfassend kann man in ganz Westeuropa, und damit auch in deutschen Landen spätestens ab den 1850er Jahren von einer psychiatrischen Debatte sprechen, in der es um die Frage der sog. Asylierung, also der Art und Weise der Unterbringung psychisch Kranker geht: Die Frage war, wie Patienten auf medizinisch adäquate und moralisch akzeptable Art und Weise zu versorgen seien. Wichtig ist hier der Hinweis, dass die vielen Ziegelstein-Komplexe, die als charakteristische psychiatrische Anstalten der Gründerzeit noch heute zum Bild fast jeder deutschen Stadt gehören, und in dem Maß, wie wir es für das beginnende 20. Jahrhundert kennen, um 1860 herum noch kaum existierten. Vielmehr diskutierte man, ob man diese kostenintensiven Einrichtungen überhaupt benötige. Manche Diskussionsteilnehmer zogen schlichtweg in Zweifel, dass die Zunahme der Zahl dieser Großanstalten notwendig sei. Fest steht heute, dass sich in Deutschland, vor allem nach der Reichsgründung 1870/71, die Befürworter großer und zentraler Anstalten für psychisch Kranke durchgesetzt hatten. Doch auch die neuen und zusätzlich errichteten Krankenhausbauten erwiesen sich in ihrer Gesamtheit als nicht ausreichend, eine aus verschiedenen Gründen immer größer werdende Zahl an Patienten aufzunehmen. Erst als alle kommunalen und anderen zuständigen Einrichtungen ihre zur Versorgung psychisch Kranker vorgesehenen Budgets vollends erschöpft hatten, entsann man sich der in den 1860er Jahren diskutierten alternativen Modelle der Versorgung, wie beispielsweise der agrikolen Kolonie oder

der psychiatrischen Familienpflege. Seit den frühen 1890er Jahren, interessanterweise ohne umfassende Diskussion, erhielten nun viele deutsche Anstalten zusätzliche Einrichtungen dieser Art. In engem Zusammenhang mit einer schnell zunehmenden Zahl an Patientinnen und Patienten steht eine auch hinsichtlich ihrer quantitativen Entwicklung fast als inflationär zu bezeichnende Gründungswelle sog. Privat-Sanatorien. Dies waren medizinische Einrichtungen, die in charakteristischer Weise seitens der sozialen Schicht des Bürgertums bzw. der dieser Schicht Zugehörigen genutzt wurden.

1.5 Die neurologische Wende

Innermedizinische Beiträge gehören ebenfalls zum Verständnis dieser Phase der Entwicklung der deutschsprachigen Psychiatrie. Der Wiener Psychiater Theodor Meynert (1833–1892) und der Berliner Carl Wernicke (1848–1905) zum Beispiel trugen im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts anatomisch-physiologische Entdeckungen bei, während der zuletzt in München tätige Emil Kraepelin (1856–1927) für die Etablierung einer Klassifikation von Geisteskrankheiten eintrat. Kraepelins Spuren lassen sich noch in den psychiatrischen Klassifikationsmanualen nordamerikanischer Provenienz zu Beginn des 21. Jahrhunderts finden, wie beispielsweise der *International Classification of Diseases* (ICD). Auch der als Griesinger-Schüler bezeichnete Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) trug, neben seinem fundamentalen Beitrag zur Begründung der Sexualpsychiatrie, zu der Frage der Klassifikation von psychischen Krankheiten bei. Die Erforschung der sog. Psychosen stellte der Schweizer Psychiater Paul Eugen Bleuler (1857–1939) in den Mittelpunkt seiner Forschungen.

Außermedizinische Entwicklungen, wie beispielsweise die zunehmende und breite Anwendung geeigneter Mikroskope in der Pathologie und Anatomie, brachten auch für die Psychiatrie vielversprechende Entdeckungen mit sich.

Dennoch machte sich, in einer im Vergleich zur Psychiatriekritik um die Mitte des 19. Jahrhunderts zwar inhaltlich unterschiedlichen, nun gegen Ende des 19. Jahrhunderts jedoch erneut auftretenden Welle der Skepsis, Kritik gegenüber einer stark auf den Körper fixierten Psychiatrie breit. Mit dieser Kritik ging auch ein gewisser therapeutischer Pessimismus einher. Denn die therapeutischen Möglichkeiten und Ergebnisse der Behandlung hielten keinesfalls Schritt mit den noch in den Jahren zuvor an die Entwicklung der Psychiatrie geknüpften Hoffnungen.

1.6 Psychotherapeutische Einflüsse

Möglicherweise ist mit diesen enttäuschten Hoffnungen auch zum Teil zu erklären, dass sich alternativ zu somatischen Erklärungszugängen und Behandlungsweisen nun andere Therapiemethoden zunehmend etablieren konnten. Hierbei handelte es sich aus heutiger Sicht unter anderem um hypnotische und suggestive Verfahren, die teilweise auf den sog. Magnetismus Franz Anton Mesmers (1734–1815) zurückgingen. Für die deutsche Entwicklung ist erneut eine starke Rezeption der sog. hypnotischen Psychiatrie Frankreichs und ihrer beiden Schulen in Paris und Nancy auf vielfältige Art und Weise nachweisbar. Symbolisch ist hier der Umstand, dass der Wiener Sigmund Freud (1856–1939) in den Jahren seiner schulmedizinischen Ausbildung an beiden Schulen hospitiert hatte. Freud gilt als Wegbereiter und Begründer der Psychoanalyse, deren weitere Entwicklung maßgeblich die Ausdifferenzierung der sog. konfliktaufdeckenden Psychotherapieformen beeinflusste. Die hohe Bedeutung, die der Erinnerungsfähigkeit zuvor bereits im Rahmen der Hypnose zukam, galt auch den frühen Psychotherapeuten, wie Freud und seinem Kollegen Joseph Breuer (1842–1925), als Indiz für die zum Verständnis der Erkrankung notwendige Akzeptanz der Bedeutung frühkindlicher, oder allgemeiner: biographischer Erfahrungen in der Ausgestaltung der individuellen Erkrankung. Schon in Pinels Generation hatte man allerdings Vermutungen darüber angestellt, dass das Gefühlsleben oft schon vor den eigentlichen »Attacken« einer Geisteskrankheit gestört zu sein schien. Solcherlei Anregungen und Erklärungsansätze hinsichtlich der Ursachen in der Entstehung von Geisteskrankheiten wurden seiner-

zeit, mehr als dies heute gemeinhin bekannt ist, von Nachbarwissenschaften, wie der Philosophie, beigetragen. Nicht wenige Autoren bezweifeln heute, dass dieses Wissen innerhalb der Humanmedizin dieser Zeit entstand. Sie sprechen von einer »Umbuchung« solcher Erkenntnisse vom Wissensbestand der Nachbarwissenschaften Psychologie, Philosophie und anderer weiterer in den Wissensbestand der Medizin. So führte beispielsweise der Philosoph Arthur Schopenhauer (1788–1860) im Rahmen der Entstehung seiner einschlägigen Studien zum Wahnsinn eine Reihe von Patientenbesuchen in der Berliner Charité durch. Der Wissenstransfer zwischen diesen Feldern kann vom heutigen Kenntnisstand aus nicht anders als rege bezeichnet werden.

Die skeptische Einschätzung der Möglichkeiten einer somatisch ausgerichteten Psychiatrie führten neben dem Interesse an psychodynamischen Ansätzen des Verständnisses psychischer Erkrankung jedoch zu einem unerwartet starken gesellschaftlichen Interesse an Spiritismus und Okkultismus, im Verhältnis zu denen sich die wissenschaftliche Medizin der Jahrhundertwende zu permanenten Abgrenzungsbestrebungen herausgefordert sah. Auch Aberglauben und andere vormoderne Formen und Versuche des Weltverständnisses erhielten im Zuge dieser Entwicklung unter medizinischen Laien Aufwind. Fokussierte die Schulpsychiatrie ihre Aufmerksamkeit weiterhin auf das »Gehirn«, suchten medizinische Laien und also auch Patienten ihr Heil in Strategien und Behandlungsmöglichkeiten, die sich der »Seele« widmeten. Innerhalb geordneter therapeutischer Ansätze waren dies die Psychotherapien, jenseits dessen eher die eben beschriebenen vormodernen Phänomene.

1.7 Der Darwinismus und die Degenerations-Hypothese

Ein im Rahmen der Schulpsychiatrie die französische und die deutsche Entwicklung des späten 19. Jahrhunderts tendenziell trennender Aspekt stellte die Erklärung der Entstehung psychischer Erkrankungen und Symptome, wie der mit hoher Aufmerksamkeit bedachten Hysterie, dar. Auch die Hysterie wurde mit der sog. Degenerations-Hypothese in Zusammenhang gebracht. Die Degenerations-Hypothese, unter anderem als Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen, erlangte in einem ähnlichen Zeitraum Bedeutung wie die Ideen des Darwinismus, mit denen sie sich zu ergänzen schien, und die ihrem Erfolg so auch Vorschub leistete. Die Idee der Degenerations-Hypothese wurde wesentlich in der französischen Psychiatrie erarbeitet und nahm alte Vorstellungen von der »Erblichkeit der Geisteskrankheiten« in sich auf. Therapeutisch ging auch sie mit einem deutlichen Pessimismus einher. Zu ergänzen ist hier, dass die Erblichkeitsforschung an und für sich durch mehrere französische Arbeiten aus der Mitte des 19. Jahrhunderts einen deutlichen Aufschwung erhielt, wie zum Beispiel durch diejenigen Jacques Joseph Moreau de Tours' (1804–1884). Als eigentlicher Schöpfer der Degenerations-Hypothese gilt jedoch der in Wien von französischen Eltern geborene Benedict Augustin Morel (1809–1873). Er wird einem Kreis von jungen Medizinern zugerechnet, die politischen Radikalismus mit gläubigstem Katholizismus verbunden haben sollen, und gilt in gewisser Weise als Vorkämpfer einer soziologischen Orientierung der Medizin, was sich auch in der Degenerations-Hypothese widerspiegelt.

Von Morel stammt die Auffassung, die Degenerationen, für die er eine Reihe von Ursachen auflistete, seien krankhafte Abweichungen vom normalen menschlichen Typ, sie seien erblich übertragbar und entwickelten sich progressiv bis zum Untergang.

Er stellte eine Reihe von seiner Meinung nach »unfehlbaren Stigmata« der Degeneration auf, anhand derer man sie erkennen könne. In Deutschland beeinflusste Morel nicht nur Wilhelm Griesinger, sondern auch Richard von Krafft-Ebing (1849–1902). Auch in Frankreich wurde Morels Konzept der Degeneration, unter anderem von Valentin Magnan (1835–1916), weiterentwickelt. Er verwarf allerdings das Religiöse am Degenerationsbegriff Morels und interpretierte sie als Regression oder Rückentwicklung im Sinne des Darwinismus. Magnan untersuchte Alkoholkranke in Bezug auf seine Hypothesen, wie später auch Kraepelin und Bleuler, und führte Tierexperimente mit Alkohol durch. Die Degenerations-Hypothese wurde in der Wahrnehmung der Zeitgenossen dabei auch durch die gesellschaft-

liche Diskussion über den Zusammenhang von Genie, Wahnsinn und Verbrechen gestützt. Der italienische Psychiater und Kriminalanthropologe Cesare Lombroso (1836–1909) veröffentlichte 1864 das bekannteste Werk zu diesem Thema.

Für viele Degenerations-Hypothetiker war klar, dass bei Kriminellen und Irrsinnigen dieselbe erbliche Anlage vorhanden war.

Lombroso interpretierte die Degeneration darwinistisch; Kriminelle waren somit eine Art überlebende Urrasse.

Damit entstand in der Perspektive der Fachöffentlichkeit erneut eine vermeintliche Nähe zwischen »kriminell« und psychisch krank, die manche bereits als überwunden geglaubt hatten.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts schwand der Einfluss der Degenerations-Hypothese in der Psychiatrie. Theodor Ziehen (1862–1950) und Emil Kraepelin waren unter den deutschen Psychiatern noch stark von ihr beeinflusst, machten jedoch bereits Einschränkungen. Konrad Rieger (1855–1939) lehnte sie gegen Ende des Jahrhunderts bereits vollends ab. Solcherlei Vererbungsideen wurden auch durch genetische Erkenntnisse Anfang des 20. Jahrhunderts als unzutreffend erkannt.

1.8 Trauma und Krieg

Neigte Jean Martin Charcot (1825–1893) in Paris noch zu der Erklärung, dass eine angeborene Degeneration zur Ausprägung der Hysterie führe, so interpretierte Sigmund Freud die Erkrankung in ihrer individuellen Ausgestaltung eher als Ausdruck einer vorausgegangen seelischen Traumatisierung. Den Aspekt der Traumatisierung ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen, gelang der Bewegung der Psychoanalytiker auch während des Ersten Weltkriegs: In der Behandlung der sog. Kriegsneurotiker erzielten Psychoanalytiker deutlich bessere Heilungserfolge als mit bisherigen Therapien erreicht worden waren. Diese Erfolge verhalfen der Psychoanalyse zu breiterer Anerkennung auch in der Medizin. Die Entwicklung dieser Therapie und anderer Schulen, wie diejenigen von Jung, Adler, Reich, wie die humanistischen oder behavioristischen Schulen, die sich neben ihr oder in Abspaltung von ihr bis in die späte Weimarer Republik hinein etablierten, kann als äußerst fruchtbar bezeichnet werden. Auch für diese Entwicklung bedeutete der Nationalsozialismus ein scharfer Einschnitt, in mancherlei Hinsicht gar das Ende. Für die Krankenpflege waren psychotherapeutische Kenntnisse zuvorderst dort von Bedeutung, wo sie, wie beispielsweise die aus den konfliktaufdeckenden Therapieverfahren hervorgehende Gesprächspsychotherapie, Handlungsanweisungen für das kommunikative Miteinander zwischen Pflegekräften und Patienten bereitstellten.

In Bezug auf die erwähnte Entwicklungstendenz der Humanisierung im Umgang von Medizin und Gesellschaft mit psychisch Kranken im Verlauf des 19. Jahrhunderts ist bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass diese das 19. Jahrhundert zwar durchaus prägten – in ihrer Gesamtheit jedoch keinesfalls mit der Abschaffung von Gewaltanwendung gegenüber den Patientinnen und Patienten einhergingen.

Gewaltanwendungen in verschiedenster Ausprägung finden sich im Repertoire der in psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern etablierten Ordnungen und Therapien bis weit ins 20. Jahrhundert hinein. Sie mündeten in den vierziger Jahren des 20. Jahrhunderts in Deutschland mit dem Mord von Patientinnen und Patienten gar in einem Exzess nie gekannten Ausmaßes.

1.9 Pflege und Psychiatrie im Nationalsozialismus

Genau genommen stellt die Psychiatrie im nationalsozialistischen Deutschland eine bisher nie da gewesene Zäsur und einen Zivilisationsbruch dar. Eine auf eugenischen und rassenhygienischen Konzepten basierende Medizin konnte mit der Unterstützung der Mehrheit deutscher Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegenden, Hebammen und anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens unter den veränderten politischen Bedingungen des sog. Dritten Reiches in die Praxis umgesetzt werden. Insgesamt gesehen wurden auf Integration, auf die Eingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft ausgerichtete Konzepte, Therapien und Versorgungs-

formen stark zurückgedrängt oder ausgesetzt, und nachfolgend wurde eine auf Separation, auf die Absonderung von als krank Bezeichneten zielende Gesundheitspolitik der Psychiatrie umgesetzt. Diese Vorgaben bedeuteten eine existenzielle Bedrohung für mehr oder weniger alle sich im Rahmen von psychiatrischen Einrichtungen in Behandlung befindlichen Patienten. Wurden diese zunächst von der sog. Normalbevölkerung getrennt und in zentrale Anstalten verlegt, folgten im Verlauf der nationalsozialistischen Herrschaft die Sterilisierung und zuletzt die Ermordung psychisch Kranker, deren Leben vor dem Hintergrund einer Ideologie, die einem imaginierten »Volkskörper« vieles unterordnete, als »lebensunwert« bezeichnet wurde. Hinzu kam, als eine dramatische Wiederholung der Ereignisse des Ersten Weltkriegs, der wissentlich herbeigeführte Hungertod Tausender psychiatrischer Patientinnen und Patienten auch im Verlauf des Zweiten Weltkriegs, die zum Opfer einer verordneten und quasi fast widerstandslos umgesetzten Kürzung der lebensnotwendigen Nahrungsmittel im Rahmen der Kriegsentwicklung wurden.

Auch die Krankenpflege wurde in Deutschland nach 1933 entsprechend der nationalsozialistischen Ideologie umstrukturiert.

Damit ging auch der Verlust einer gewissen Autonomie einher, den Pflegekräfte in einigen Bereichen des Gesundheitswesens in der Weimarer Republik bereits gewonnen hatten. In nachgehender Pflege, Tuberkulose-Therapie oder, was den eher psychiatrischen Bereich angeht: der ambulanten Versorgung alkoholkranker Patienten, hatten sich eigene Arbeitsfelder gebildet, die im Rahmen der Umstrukturierung des Gesundheitswesens im Nationalsozialismus hinsichtlich der Handlungsspielräume für die eingesetzten Pflegekräfte wieder eingeschränkt wurden. Die geschlechtsstereotypen Rollenzuweisungen, die in dieser Zeit noch einmal untermauert wurden, taten ihr Übriges. Die NS-Schwesternschaft als Parteiorganisation der NSDAP bot eine dreijährige Ausbildung in Internatsform an. Bereits 1938 wurden Vereinheitlichungen und Gleichschaltungen in der Pflegeausbildung vorgenommen. In der später gleichgeschalteten Organisation aller Krankenpflegeverbände waren um 1942 ca. 180.000 Frauen tätig.

Die Zementierung des Stereotyps vom Mann als Arzt und der Frau als Krankenschwester erlangte einen Höhepunkt.

Interessanterweise wurde jedoch auch bereits während dem Nationalsozialismus im Rahmen einer »Reichsfachschaft Krankenpfleger« verstärkt Männer für die Krankenpflege angeworben.

Einige psychiatrische Therapien, die in ihrer Konzeption aus anderen medizinischen Disziplinen entlehnt waren, erlangten traurige Berühmtheit. Hier zu nennen sind beispielsweise die aus der Inneren Medizin heraus entwickelte Insulinschock- oder Insulinkomatherapie seit den 1930er Jahren, oder, neben weiteren Beispielen, die in der Neurochirurgie entwickelte Lobotomie, die in den 1950er Jahren mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet wurde. Beide Therapieformen stellen massiv einwirkende Therapien mit hohen Risiken dar, und blieben den Beleg für ihre Wirksamkeit von jeher schuldig.

1.10 Die Nachkriegszeit in den beiden deutschen Staaten

Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Psychiatrie lassen sich nach Ende des Zweiten Weltkriegs in beiden deutschen Staaten feststellen. Personelle und institutionelle Kontinuitäten lassen den Mythos einer »Stunde Null« heute als nicht gerechtfertigt erscheinen.

Dies lässt sich auf mehreren Ebenen zeigen. Wichtige Funktionsträger auch im Bereich der Psychiatrie konnten ihre Tätigkeit, in vielen Fällen ohne wesentliche Einschränkung ihres Einflusses, auch nach dem Ende des Kriegs fortsetzen. Für die Deutsche Demokratische Republik zeigen jüngere Forschungen, dass die Psychiatrie auch zur unrechtmäßigen Behandlung politisch oppositioneller Personen zweckentfremdet wurde. Einzelne Versorgungsformen beispielsweise, wie die Psychiatrische Familienpflege, die noch in der Weimarer Republik nicht allein aus medizinischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen weite Verbreitung und Anwendung gefunden hatte, kamen in ihrer herkömmlichen Form kaum mehr zur Anwendung und erlebten erst

mit den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts eine, allerdings beeindruckende Renaissance.

Der Eintritt der Nachkriegsgeneration an Psychiaterinnen und Psychiatern in maßgebliche Funktionen dieses Teilbereichs der Medizin in beiden deutschen Staaten mit dem Beginn der siebziger Jahre hatte eine Reihe von Konsequenzen auf unterschiedlichsten Ebenen: Einerseits wurden vorherige und unheilvolle Kapitel der Psychiatriegeschichte, wie das der Psychiatrie während des Nationalsozialismus, erstmals von dieser Generation aufgearbeitet und diskutiert. Die personelle und inhaltliche Distanzierung, die man zu den Akteuren der nationalsozialistischen Psychiatrie und ihren Taten vornahm, forcierte letztlich auch die Erkenntnis, dass die deutsche Psychiatrie insgesamt einer umfassenden Reform bedurfte. Ein zentraler Punkt der Kritik in der Bundesrepublik war dabei die beklagenswerte generelle Situation der knapp 70 Landeskrankenhäuser. Betroffenenverbände gründeten sich, und die psychiatrische Versorgung wurde zunehmend ein Thema der Sozialpolitik. Ab Mitte der Siebzigerjahre mündeten umfangreiche Forschungen, Untersuchungen und Kommissionstätigkeiten in Westdeutschland in die Publikation der sog. Psychiatrie-Enquête, einer Sachverständigenkommission des Deutschen Bundestages, sowie in Ostdeutschland in die der sog. Rodewiescher Thesen. Sind beide Zusammenhänge auch sicherlich nicht gleichbedeutend, weder in ihrem detaillierten Inhalt noch in ihren (fach-)gesellschaftlichen Zusammenhängen, so lässt sich die Bemühung um eine Reformierung der jeweiligen psychiatrischen Konzepte und Therapien in beiden Staaten jedoch zumindest als Gemeinsamkeit beschreiben.

1.11 Die Reformen der 1970er Jahre

Inhaltlich standen, nach ungefähr hundert Jahren ein weiteres Mal (und zuweilen mit frappierend ähnlichem Vokabular) Humanisierungsbestrebungen zugunsten psychisch Kranker im Zentrum der Aufmerksamkeit. Dies umfasste die Struktur psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen, die Anwendung von Gewalt gegenüber Patienten in jedweder Form, die Kautelen der Verabreichung von Medikamenten, nicht zuletzt die Rechte psychisch Kranker und weitere Aspekte mehr. Diese Veränderungen brachten in Westdeutschland unter anderem einen Bedeutungszuwachs des ambulanten Bereichs der Versorgung mit sich. Gemeindenahe Psychiatrie sollte nun gefördert werden und die an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten sollten geschult werden, komplementäre Einrichtungen der Versorgung sinnvoll zu integrieren. Eine Folge dieser Bestrebungen war, dass zum ersten Mal eine Weiterbildung zur Pflege in der Psychiatrie angeboten wurde. Als Teil der Ergebnisse durchgeführter Untersuchungen im Rahmen der Enquête-Arbeit wurde deutlich, dass trotz der bereits hundert Jahre zuvor erhobenen Forderung nach der Akzeptanz von psychischen Erkrankungen eine Gleichstellung von psychisch Kranken und körperlich Kranken offenbar noch ausstand. Die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen wurden mit dem Ziel einer qualitativen Steigerung der Versorgung aufgefordert, stärker zu kooperieren und sich zu vernetzen. Inwieweit diese Forderungen gänzlich erreicht wurden und wie nachhaltig die erreichten Ziele erhalten bleiben, kann aus heutiger Sicht nicht abschließend beurteilt werden. Die Bewegung der Sozialpsychiatrie jedenfalls hat in der Fachdiskussion aus aktueller Sicht enorm an Bedeutung verloren.

Dennoch ist ein Bedeutungszuwachs an Versorgungsformen, die die Integration psychisch Kranker und ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zum Ziel haben, zu Beginn des 21. Jahrhunderts in unserem Sprach- und Kulturraum nicht zu übersehen.

Dies trifft besonders auf Einrichtungen des komplementären Sektors zu.

Bei ungleichen Voraussetzungen und Bedingungen in den beiden deutschen Nachkriegsgesellschaften und auf unterschiedliche Art und Weise thematisierten dies psychiatriekritische Stimmen in beiden deutschen Staaten. In kritischen Stellungnahmen der Öffentlichkeit wurden die Positionen der Psychiatrie in mehr oder minder freier Form hinterfragt, und beispielsweise die Berechtigung der Deutungsmacht der Akteure und ihre Expertenrolle diskutiert. In wieder anderen Beiträgen wurde auch ihre tägliche Praxis angezweifelt, in ihrer allgemeinen und hohen Bedeutung für den Blick der Gesellschaft auf die

Psychiatrie und die in der Psychiatrie Tätigen nicht unähnlich den Debatten des späten 19. Jahrhunderts. In vielen Gesellschaften der westlichen Welt führte dies, wie in Westdeutschland, zur Ausbildung einer geradezu »anti-psychiatrischen« Bewegung, deren institutionskritische Haltung und Zielformulierungen in den verschiedenen nationalen Kontexten unterschiedlich einflussreich war, und deren Umsetzung durchaus, wenn auch jeweils in deutlich differierender Nachhaltigkeit, erreicht wurde.

Exkurs: Der Blick auf die Geschichte der Pflege

Die Geschichte der Krankenpflege der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gab in der Vergangenheit Anlass für eine Reihe verschiedener Interpretationen hinsichtlich der Bedeutung des Geschlechts der sie Ausübenden, wie auch hinsichtlich Fragen der Hierarchisierung der verschiedenen, im Rahmen des Gesundheitssystems tätigen Berufsgruppen. Die Einführung verbindlicher Ausbildungsbestimmungen für die in der (psychiatrischen) Pflege Tätigen fällt in die 1920er Jahre. Und auch die Geschichte der Krankenpflege während, wie nach dem Zweiten Weltkrieg, kennt Zäsuren, wie sie zuvor für die medizinische Disziplin der Psychiatrie beschrieben worden sind. Die Entwicklung während des Nationalsozialismus war vor allem durch die Unterordnung auch der Krankenpflegeausbildung an die Ideale und Prinzipien nationalsozialistischer Ideologie sowie an die deutliche Zurückweisung der Bedeutung konfessionell gebundener Krankenpflege geknüpft.

Die Säkularisierung dieses Berufes, vor allem auch jenseits der nationalsozialistischen Herrschaft, wird im Rückblick heute von einigen Historikerinnen und Historikern der Krankenpflege als geradezu notwendige Voraussetzung der Professionalisierung der Krankenpflege begriffen.

Nach Ende des Krieges wurde im Krankenpflegegesetz von 1957 die Ausbildung dieses Berufes in der Bundesrepublik neu geordnet. Dieses Gesetz erhöhte unter Beibehaltung der zweijährigen Ausbildung die Zahl der theoretischen Unterrichtsstunden auf 400 Stunden, beließ die Prüfung am Ende des zweiten Jahres und fügte ein drittes Jahr als Berufspraktikum mit 50 Unterrichtsstunden hinzu.

Das in dieser Zeit sich allmählich entwickelnde Interesse an der Medizin vor dem Zweiten Weltkrieg brachte auch einen deutlicheren Bedeutungszuwachs für die verschiedensten Schulen der Psychotherapie mit sich. An deren Entwicklung, die häufig mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten geendet hatte, versuchte man nun anzuknüpfen. Im Bereich der psychotherapeutischen Medizin traten der Psychoanalyse zuzurechnende Ärztinnen und Ärzte Ende der sechziger Jahre mit Studien an die Fachöffentlichkeit, deren Ergebnisse nach einer umfassenden Diskussion zur Vergütung der durchaus kostenintensiven Psychoanalyse oder psychoanalytisch orientierten Gesprächspsychotherapie, neben anderen Formen der Psychotherapie, seitens der Ortskrankenkassen und anderer gesetzlicher und privater Krankenkassen führte – eine bis heute weltweit einzigartige Situation. Dass die bundesdeutsche Psychotherapie zu diesem Zeitpunkt auch von den Professionalisierungsbestrebungen dieses Sektors in den Jahren des Nationalsozialismus profitierte, ist ein häufig erwähntes, und ein wenig gegenläufiges, und hinsichtlich der Geschichte der Psychoanalyse in mancher Hinsicht gar widersinniges Faktum.

Im Bereich der Krankenpflege erweiterte eine Gesetzesnovelle von 1965 die Ausbildung auf drei Jahre und die Zahl der theoretischen Stunden auf 1.200. Für den praktischen Einsatz wurden nun einzelne fachgebundene Bereiche bzw. medizinische Disziplinen als verbindlich festgelegt. Stark umstritten war das 1985 in Kraft tretende Krankenpflegegesetz, das letztendlich 18 Jahre lang gültig blieb. Eine grundlegende Reform des Krankenpflegegesetzes wurde 2003 vom Bundesrat verabschiedet und trat 2004 in Kraft.

Dieses Gesetz spiegelt die seit 1988 zunehmenden Bestrebungen wider, eine eigenständige Theorie der Krankenpflege zu entwerfen, um eine von der Medizin unabhängige Professionalisierung zu erreichen.

1.12 Ausblick

Die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Situation im vereinigten Deutschland nach 1989 ist im Vergleich zu den vorherigen Dezennien durch

deutliche Veränderungen geprägt. Das Gesundheitswesen der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik war im Verlauf der neunziger Jahre in allen maßgeblichen Punkten an das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland angepasst worden.

Eine bis in die Gegenwart nicht erreichte Anpassung der medizinischen Infrastrukturen in den verschiedenen Bundesländern, die Herausforderung der Integration einer gesamten Staatswirtschaft in eine nun vereinigte Bundesrepublik Deutschland führte zu nachhaltigen ökonomischen Einschnitten auch im Gesundheitswesen.

Eine zunehmende Zahl nicht erwerbstätiger Menschen beispielsweise stellt auch hinsichtlich deren gesundheitlicher Versorgung ein bisher nicht bewältigtes Problem dar.

Übergeordnete Einflussgrößen, wie die demographische Entwicklung einer immer stärker »alternden« Gesellschaft in Deutschland oder die internationale wissenschaftliche Entwicklung in Psychiatrie und Psychotherapie interagieren mit den vorgenannten Rahmen- und Standortbedingungen und forcierten auch in diesen Bereichen der Medizin eine Entwicklung, die mit einem deutlichen Trend weg von der stationären Versorgung und hin zu ambulanten Angeboten der Versorgung einhergeht. Wie in der Medizin insgesamt, führte die Kritik an kostenintensiven Therapien auch in der Psychiatrie und Psychotherapie zu einer verschärften Diskussion, in der die Wertigkeit einer Therapie auch vor dem Hintergrund ethischer Aspekte immer deutlicher auch an ihren Kosten gemessen wird.

Insgesamt erbrachte andererseits die Entwicklung im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts eine zunehmende Professionalisierung anderer zentraler, nicht-ärztlicher Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Eine Vielzahl von Therapieformen gehört heute zum Angebot einer jeden durchschnittlichen Fachabteilung oder eines Fachkrankenhauses. Beispielhaft zu nennen wären hier Ergotherapie, Gestaltungstherapie, Tanztherapie und Kunsttherapie sowie andere mehr. Die umfassende Entwicklung in speziellen Bereichen der Psychiatrie, wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Forensik, folgte je eigenen Linien, die im Rahmen dieses Kurzbeitrags nicht detaillierter dargestellt werden können.

Die Frage der Professionalisierung betrifft auch die Arbeitswelt der in der Krankenpflege Tätigen. Hinsichtlich der Weiterbildungen zur psychiatrischen Pflege existierten bisher im Wesentlichen zwei unterschiedliche Modelle: Zum einen die Fachpflegeweiterbildung in Verbindung mit psychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen an Universitätskliniken, die mit einer staatlichen Prüfung abschließen, und zum anderen die berufsübergreifende Weiterbildung mit abschließender Zertifizierung, die von unterschiedlichen Institutionen der Fort- und Weiterbildung zur Verfügung gestellt wird. Grundlage des erstgenannten Modells sind länderrechtliche Regelungen und die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1978, die 1991 ergänzt wurde. Qualitätsstandards für die Weiterbildung in diesem Bereich wurden in den 1990er Jahren entwickelt. Von den im Jahr 2001 gut 45.000 in psychiatrischen Krankenhäusern tätigen Pflegekräften hatten zu dieser Zeit gut 5.000 eine psychiatrische Weiterbildung durchlaufen.

Aus den neuen Anforderungen an die im sich rasant wandelnden und sich in den komplementären Bereich hinein ausdehnenden Arbeitsfelds der in der Krankenpflege Tätigen, dem Zuwachs des Pflegewissens hinsichtlich neuer Pflegetheorien und Pflegekonzepte und einer Erkenntnis der Notwendigkeit der Reformierung auch dieser medizinischen Ausbildung, erwuchsen in jüngster Vergangenheit Modell- und Pilotprojekte an verschiedenen Orten in Deutschland. Inhaltlich treten hier Bereiche, wie die interkulturelle Pflege oder die Empathie-Forschung, stärker in den Vordergrund. Tendenziell zeichnet sich ganz allgemein ein Trend ab, demzufolge Beziehungsarbeit zwischen Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten, oder auch Aspekte der Aufklärungsarbeit zu Gesundheit und Krankheit deutlich stärker betont werden. Das vorliegende Lehrbuch der Gesundheits- und Krankenpflege entstand im Rahmen der Etablierung eines solchen Modellprojekts der reformierten Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Durch welche Faktoren wurde die Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege u. a. beeinflusst? ▶ Kap. 1.1 u. Kap. 1.2
- Welche Rolle spielten konfessionalle Einflüsse auf die Entwicklung des Krankenpflegewesens? ▶ Kap. 1.3
- Welche Neuerungen erbrachten medizinische Entdeckungen für die Psychiatrie? ▶ Kap. 1.4 u. Kap. 1.5
- In welcher Beziehung stehen Psychotherapie, Psychiatrie und Krankenpflege zueinander? ▶ Kap. 1.6 u. Kap. 1.8
- Welche Konsequenzen für die Krankenpflege resultierten aus der Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus? ▶ Kap. 1.8 u. Kap. 1.9
- Was wissen Sie über die Reformen der Psychiatrie in den beiden deutschen Staaten nach dem Zweiten Weltkrieg, bis zur Vereinigung derselben? ▶ Kap. 1.10, Kap. 1.11 u. Kap. 1.12

Literatur

Ackerknecht EH (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke, Stuttgart

Blasius D (1980) Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Fischer, Frankfurt aM

Blasius D (1994) »Einfache Seelenstörung«. Geschichte der Psychiatrie 1800–1945. Fischer, Frankfurt aM

Buchholz M, Gödde G (Hrsg) (2005) Das Unbewusste, Bd 1. Psychosozial Verlag, Gießen

Deutscher Pflegerat (Hrsg) (2004) Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende. Deutscher Pflegerat e.V. Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens, Berlin

Eckart W (1990) Geschichte der Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York

Ellenberger HF (1973) Die Entdeckung des Unbewußten, Bd 2. Hans Huber, Bern

Ellenberger HF (1993) Beyond the Unconscious. Essays of Henri F. Ellenberger in the History of Psychiatry. Introduced and edited by Mark S. Micale. Translation from the French. Princeton University Press, Princeton, New Jersey. Introduction: The Biographical View, pp 3–15. Appendix B: Report on my Study Trip to Europe, Summer of 1963

Engstrom EJ, Roelcke V (Hrsg) (2003) Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Schwabe, Basel

Falkenstein D (2000) »Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel...«. Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf. Mabuse, Frankfurt aM

Faulstich H (1998) Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Lambertus, Freiburg iBr

Foucault M (1969) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt aM

Frevert U (1984) Krankheit als politisches Problem. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen (Taschenbuch 1999)

Gassmann M, Marschall W (2002) Curriculum Weiterbildung Pflege in der Psychiatrie. Fachweiterbildung für Pflege und andere Berufsgruppen in psychiatrischen Arbeitsfeldern. Fort- und Weiterbildungsstätte. Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin

Gödde G (1999) Traditionslinien des »Unbewussten«. Schopenhauer – Nietzsche – Freud. Edition diskord, Tübingen

Hanrath S (2002) Zwischen »Euthanasie« und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964). Ferdinand Schöningh, Paderborn

Hoff P (1994) Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York

Kriz J (1985) Grundkonzepte der Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München

Kruse A-P (1995) Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. 2. Aufl Kohlhammer, Stuttgart

Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg) (2003) Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 4. Aufl Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Lampe B (1969) Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege. Med. Diss., Humboldt-Universität Berlin

Leherr H (2000) Die Geschichte der psychiatrischen Krankenpflege von 1900 bis 1933. Med. Diss., Universität Ulm

Lengwiler M (2000) Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz 1870–1914. Chronos, Zürich

Lerner P (2003) Hysterical Men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930. Cornell University Press, Ithaca

Meier M, Hürlimann G, Bernet B (2002) Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970. Bericht im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Forschungsstelle Sozial- u. Wirtschaftsgeschichte, Universität Zürich

Micale MS, Porter R (1994) Discovery of the History of Psychiatry. Oxford University Press, New York, Oxford.

Micale MS, Lerner P (2001) Traumatic pasts. History, psychiatry and trauma in the modern age 1870–1930. Cambridge University Press, Cambridge

Mitscherlich A, Mielke F (Hrsg) (1978) Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Fischer, Frankfurt aM

Müller T (Hrsg) (2004) Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung. Matthiesen Verlag, Husum

Ostner I, Krutwa-Schott A (1981) Krankenpflege – ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung. Campus, Frankfurt aM

Panke-Kochinke B, Schaidhammer-Placke M (2002) Frontschwestern und Friedensengel. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Mabuse, Frankfurt aM

Prüfer A (1997) Vom Liebesdienst zur Profession? Krankenpflege als weiblicher Beruf 1918–1933. Brigitte Kunz, Hagen

Rübenstahl M (1994) »Wilde Schwestern«. Krankenpflegereform um 1900. Mabuse, Frankfurt aM

Sammet K (2000) »Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland«. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie. LIT, Münster

Schaper H-P (1987) Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Leske und Budrich, Opladen

Schmidbaur M (2002) Vom »Lazaruskreuz« zu »Pflege aktuell«. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Helmer, Königstein

Schmidt P-O (1982) Asylierung oder familiale Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885. Matthiesen, Husum

Schmiedebach H-P (1996) Eine »antipsychiatrische Bewegung« um die Jahrhundertwende. In: Dinges M (Hrsg): Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933). Franz Stei er, Stuttgart 127

Schrenk M (1973) Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom »moralischen Regime« in England und Frankreich zu den »psychischen Curmethoden« in Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg New York

Schweikardt C (2004) Entwicklungen und Trends in der deutschen Krankenpflege-Geschichtsschreibung des 19. und 20. Jahrhunderts. Developments and Trends in 19th- and 20th-Century German Nursing. In: Medizinhistorisches Journal 39: 197

Seidl E, Walter I (Hrsg) (1998) Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung. Wilhelm Maudrich, Wien

Seidler E, Leven K-H (2003) Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7. Aufl Kohlhammer, Stuttgart

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2004) Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Steppe H (Hrsg) (2001) Krankenpflege im Nationalsozialismus. 9. Aufl Mabuse, Frankfurt aM

Weber-Reich T (2003) »Wir sind die Pionierinnen der Pflege…«. Krankenschwestern und ihre Pflegestätten im 19. Jahrhundert am Beispiel Göttingen. Hans Huber, Bern

Wolff H-P (Hrsg) Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was who in Nursing History. 3 Bände. Bd 1: Berlin (1997), Bd 2: München (2001), Bd 3: München (2004)

Wolff H-P, Wolff J (1994) Geschichte der Krankenpflege. Recom, Basel

Wolff, H-P (2002) Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Unter Mitarbeit von Jutta Wolff, Arno Kalinich und Adelhaid Kastner. Frankfurt aM

2 Pflege in der Psychiatrie: Konzepte und Modelle

Martina Roes (Kap. 2.1 u. Kap. 2.2), Gertrud Schmälzle (Kap. 2.2)

2.1 Pflegeforschung – 18
2.1.1 Grundlagen der quantitativen und qualitativen Pflegeforschung – 18
2.1.2 Qualitative Pflegeforschung – 20
2.1.3 Evaluationsforschung – 22
2.1.4 Forschungsbeispiele aus der Psychiatrie – 23

2.2 Pflegetheorien und Pflegeverständnis – 23
2.2.1 Pflegemodelle von Dorothea Orem und Imogene King – 26
2.2.2 Praxisbeispiel: Der Pflegeprozess in der Psychiatrie – eine Kombination aus Orem und King – 30
2.2.3 Krankheitsverlaufskurven – das Corbin-Strauss-(Pflege-)Modell – 32

Literatur – 36

In Kürze

Pflegeforschung »die ihren Ort in der Pflege hat und maßgeblich von Pflegenden initiiert und durchgeführt wurde« (Robert-Bosch-Stiftung, 1996, S. 17), entwickelte sich im Rahmen der Akademisierung zunehmend weiter. Allerdings kann – auch derzeit noch bedingt durch nur unzureichend vorhandene Forschungsstrukturen und Finanzierungsengpässe noch nicht von einer umfänglichen Etablierung gesprochen werden. Auffällig ist, dass viele (auch studentische) Pflegeforschungsarbeiten sich an einem qualitativen Design orientieren. Gerade qualitative Methoden und Instrumente sind insbesondere in der psychiatrischen Pflegeforschung vorzufinden.

Die Theoriebildung in der Pflege hat ihre Anfänge in den fünfziger Jahren in den USA genommen, insbesondere verbunden mit dem Ziel, sich von der Bestimmung durch fachfremde Bezugsdisziplinen zu lösen und eine theoretische Eigenständigkeit unter Beweis zu stellen. Während die Anfänge der Theoriebildung sich mit der Entwicklung von Theorien großer Reichweite und mit einer grundsätzlichen Klärung »was ist Pflege?« befassten, geht die heutige Entwicklung von einer theoriepluralistischen Vorstellung aus (Schaeffer, 1999). Drei Theoriemodelle (Selbstpflegedefizit-Theorie, Zielerreichungstheorie und das Corbin-Strauss-Modell) – die mehrfach auch im psychiatrischen Setting anzutreffen sind – werden vorgestellt.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- Grundlagen quantitativer Pflegeforschung
- Grundlagen und ausgewählte Methoden qualitativer Pflegeforschung
- Grundlagen der Evaluationsforschung
- Grundlagen pflegerischer Theorieansätze von D. Orem und I. King sowie Corbin und Strauss

2.1 Pflegeforschung

»Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen« (Anselm Strauss in einem Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie; durchgeführt 1994, publiziert 2004).

Gerade die qualitative Forschung – wie die Grounded Theory von Strauss – erfuhr durch die Etablierung der Pflegewissenschaften eine Renaissance und spielte von Beginn eine bedeutende Rolle, vor allem um die Theoriebildung voranzutreiben. Wird versucht, die derzeitige Forschungslandschaft thematisch zu fassen, so lassen sich folgende Schwerpunkte identifizieren: Patientenproblematiken, chronische Krankheit, Kommunikation und Interaktion sowie soziale Organisation der Pflege (Schaeffer 2002). Gleichzeitig kritisiert Schaeffer (2002), dass die Ausbildung von Methodenkompetenz kaum thematisiert wird und sich Forscher die entsprechenden Kompetenzen vorwiegend selbstständig aneignen müssen.

Eine ausgeprägte institutionalisierte psychiatrische Pflegeforschung existiert in Deutschland derzeit so gut wie gar nicht. Erst durch den Forschungsfokus »Demenz« steigt das Interesse an (geronto-) psychiatrischen Themen. Insgesamt ist festzustellen, dass die qualitative Pflegeforschung auch hier stark auf die Lösung von Praxisproblemen ausgerichtet und im Kern anwendungsbezogen ist.

2.1.1 Grundlagen der quantitativen und qualitativen Pflegeforschung

Grundsätzlich kann in der Sozialforschung zwischen *quantitativen* und *qualitativen* Paradigmen und Forschungsmethoden unterschieden werden. Grob gefasst lassen sich diese beiden Paradigmen anhand ihrer Forschungsschritte unterscheiden.

Schritte in der *quantitativen* Forschung (es gilt das Prinzip der Konkretion):
von der Theorie – Hypothese – theoretischer Begriff – Operationalisierung – zur sozialen Realität.

Schritte in der *qualitativen* Forschung (es gilt das Prinzip der Abstraktion):
von der sozialen Realität – Alltagsbegriff – Theorieentwicklung und -prüfung – zum theoretischen Begriff.

Quantitative Pflegeforschung verläuft grob dargestellt in 4 Phasen:

- In *Phase 1* (vorbereitende Phase) steht die Identifizierung des Gegenstands, des Problembereichs sowie die Entwicklung der Fragestellung im Vordergrund. Die Formulierung einer Fragestellung kann dabei aus Sicht des Praxisfeldes erfolgen oder aus Sicht offener Forschungsfragen – die sich aus früheren Studien ergaben – entstehen. Des Weiteren werden in der 1. Phase eine auf den Gegenstand bzw, das Problem bezogene Literaturrecherche durchgeführt sowie die Fragestellung auf Relevanz und Durchführbarkeit hin geprüft.
- In *Phase 2* (Design) werden die Fragen operationalisiert sowie – falls gewünscht – Hypothesen formuliert. Daran schließt sich die Identifizierung erforderlicher Variablen (u. a. relevant, messbar, Zusammenhänge zwischen den Variablen) sowie die Definition und Auswahl der Stichprobe (u. a. welche Personengruppe/n, wie viele Personen) sowie die Entwicklung und Testung der Erhebungsinstrumente.
- In *Phase 3* (Datenerhebung) werden die Daten erhoben.
- In *Phase 4* (Auswertung) werden die Daten statistisch ausgewertet und es wird ein Ergebnisbericht erstellt.

Des Weiteren sind mit dem quantitativen und qualitativen Forschungsparadigma verschiedene methodische Implikationen verbunden, die in ◘ Tabelle 2.1 kurz skizziert werden.

Ausgehend von den methodischen Implikationen wird – insbesondere aus der Perspektive der qualitativen Sozialforschung – *Kritik* an der *quantitativen* Sozialforschung geübt. Sie bezieht sich im Wesentlichen auf die in ◘ Tabelle 2.1 formulierten

◘ Tabelle 2.1. Methodische Implikationen quantitativer und qualitativer Sozialforschung (in Anlehnung an Lamnek Bd. 1, 1995)

Quantitativ	Qualitativ
Erklären: objektorientiert. Ziel ist es, kausale Beziehungen zwischen Erscheinungen zu entdecken und in allgemeingültige Aussagen zu bringen, mit deren Hilfe neue beobachtbare Erscheinungen erklärt werden können	*Verstehen*: subjektorientiert. Ausgehend davon, dass die soziale Wirklichkeit von Menschen konstituiert und interpretiert wird, kann die Realität nicht durch Ausblendung dieser subjektiven Sinnkomponente erfasst werden
Theorieprüfend: Theorien und Hypothesen werden vorab aufgestellt und die soziale Realität darauf hin untersucht. Die Prüfung erfolgt mit der Fragestellung, ob die Hypothesen/Theorien zutreffen oder nicht	*Theorieentwickelnd*: Hypothesen und Theorien werden aus den im Feld gewonnenen Daten generiert. Durch diese Vorgehensweise ist es auch möglich, den theoretischen Bezugsrahmen während des Forschungsablaufs zu novellieren
Deduktiv: Überprüfung der Hypothesen, d. h. von der Theorie zur Realität. Vom Allgemeinen zum Besonderen	*Induktiv*: Hypothesenentwicklung, d. h. von der Realität zur Theorie mit einem hohen Realitätsgehalt. Vom Besonderem zum Allgemeinen
Objektiv: verstehend als Grundhaltung, dass der Forschende über den Dingen steht und somit davon ausgeht, dass soziales Handeln objektiv (also nicht subjektiv verzerrt) erfasst werden kann. Bei standardisierten Interviews werden die Interviewer aufgefordert, die eigene Subjektivität zurückzuhalten und die Interviewsituationen immer gleich zu gestalten	*Subjektiv:* Im Vordergrund steht die Erfassung eines Subjekts, verstanden als subjektive Wahrnehmung eines Individuums. Insbesondere bedeutet dies, dass die subjektive Betrachtung berücksichtigt wird, d. h. von der subjektiven Betrachtung hin zur Objektivität
Ätiologisch: im Vordergrund steht die Frage nach dem Warum, die Ursachenanalyse. Grundannahme ist, dass die soziale Realität objektiv vorgegeben ist	*Interpretativ*: im Vordergrund stehen Fragen nach dem Wie und Wozu. Gesucht wird nach Strukturen im Hier und Jetzt. Grundannahme ist, dass die soziale Realität gesellschaftlich konstruiert und interpretativ ist
Ahistorisch: raum-zeitlich unabhängige Aussagen treffen können	*Historisierend:* raum-zeitlich abhängige Aussagen formulieren
Geschlossen: eine Offenheit existiert nur in der explorativen Phase	*Offen:* der gesamte Forschungsprozess ist durch seine Offenheit gekennzeichnet

Kennzeichen der quantitativen Sozialforschung. Qualitative Sozialforschung geht dabei grundsätzlich von der Annahme aus, dass soziales Handeln schon Interpretation ist und dies auch für den Forschenden gilt (d. h. ein Interpret zu sein). Als zentrale Prinzipien der *qualitativen* Sozialforschung sind folgende zu nennen: Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter der Forschung, Reflexivität hinsichtlich Gegenstand und Analyse, Explikation aller Forschungsschritte und Flexibilität im Forschungsprozess (Lamnek, Bd. 1, 1995). Objektivität, Reliabilität und Validität sind die **zentralen Gütekriterien qualitativer Datenerhebung** in der Sozial- und damit auch der Pflegeforschung.

Immer weiter verbreitet ist mittlerweile die **Triangulation,** d. h. die Verquickung der zugrunde liegenden Paradigmen also die Verquickung quantitativer und qualitativer Designs bzw. Datenmaterials. Kritisch betrachtet wird davon ausgegangen, dass die Triangulation als multimethodologisches und multimethodisches Vorgehen zu favorisieren ist, »weil sie zu weitergehenden Erkenntnissen in Breite und/oder Tiefe führt« (Lamnek, Bd. 1, 1995, S. 256).

2.1.2 Qualitative Pflegeforschung

Im Folgenden werden 3 qualitative Methodenansätze kurz skizziert, die sich für das psychiatrische Setting sehr gut anbieten. Es handelt sich um die Grounded Theory, das Narrative Interview und die teilnehmende Beobachtung.

Grounded Theory

Bei der Grounded Theory handelt es sich um ein – in der Tradition des amerikanischen Pragmatismus und symbolischen Interaktionismus stehendes Verfahren, welches in den 60er Jahren von Glaser und Strauss entwickelt wurde (Glaser/Strauss, 1965 und 1967; Glaser, 1978). Ausgangspunkt war die erlebte Kluft zwischen Theorie und empirischer Forschung, die zum damaligen Zeitpunkt noch nicht überbrückt wurde. Im Kern geht es um eine gegenstandsbezogene Theoriegenerierung (das Prinzip des theoretischen Samplings), d. h. Entwicklung einer Theorie auf der Basis empirischer Daten. Die Grounded Theory wird von Strauss als eine »Methodologie und ein Stil [beschrieben], analytisch über soziale Phänomene nachzudenken« (Legewie et al., 2004, S. 73f).

Der Begriff »Grounded« steht für *in der Empirie verankert*. In der pflegewissenschaftlichen Forschung wird er oft verwendet, wenn es »um ein Phänomen unbekannten Ursprungs geht, über das keine oder nur wenig Kenntnis besteht, und eine Beschreibung der Merkmale dieses Phänomens auf der Basis von konkreten Daten bisher noch nicht möglich war« (van Maanen, 1998, S. 69). Demnach stellt die Grounded Theory manchmal den einzigen Weg dar, Daten zu einem Gegenstandsbereich zu erhalten.

Zentrale Aspekte der Grounded Theory sind (Strauss, 1994):

- **die Art des Kodierens (Bildung theoretischer Konzepte; unterschieden werden drei Kodierverfahren: offenes, axiales und selektives Kodieren)**
- **das theoretische Sampling (Auswertung, Memos und Hypothesen mit Beginn der Auswertung des ersten Interviews)**
- **die Vergleiche (zwischen Kontext und Phänomen)**

Es handelt sich um einen kontinuierlichen *Feedback-Schleifenprozess*. Die Forschungsschritte lauten: Forschungsfrage, Datensammlung (Beobachtungen, Interviews und Dokumentenanalysen sowie eigene Feldnotizen), Transkription. Die transkribierten Daten werden kodiert und kategorisiert (ergänzend werden als assoziative Erinnerungsstütze Memos angelegt), anschließend werden Zusammenhänge in Diagrammen dargestellt, Hypothesen formuliert sowie Ergebnisse systematisiert und eine Theorie generiert – diese Schritte werden mehrfach wiederholt. Kennzeichen dieser Schritte sind u. a., dass *die Datensammlung und die Datenanalyse gleichzeitig erfolgen* und das Vertrauen in die Glaubwürdigkeit des eigenen Wissens, da der Forschende am sozialen Leben der Untersuchungssubjekte teilnimmt und sich hierdurch vielfältige Überprüfungsmöglichkeiten der formulierten Annahmen bieten. Glaser und Strauss (1979) streben dabei das Aufdecken allgemeiner Zusammenhänge an und nicht eine umfassende Deskription von Gegenstandsbereichen. Die mit Hilfe der Empirie generierte gegenstandsbezogene Theorie (u. a. geringe Reichweite und geringer Allgemeinheitsgrad) kann dann als Grundlage für

die Entwicklung einer formalen Theorie (u. a. große Reichweite und hoher Allgemeinheitsgrad) genutzt werden.

Narratives Interview

Das narrative Interview (Schütze, 1983 und 1987) befasst sich mit der Erfassung der Erfahrungsbildung im Alltag, geprägt durch den Einfluss der Phänomenologischen Soziologie (Schütze) sowie den Symbolischen Interaktionismus (Mead, 1968; Blumer, 1973).

»Erzählungen (Geschichten) sind im Alltag ein allgemeines vertrautes und gängiges Mittel, um jemandem etwas, das uns selbst betrifft oder das wir erlebt haben, mitzuteilen. Erzählungen sind Ausdruck selbst erlebter Erfahrungen, d. h. wir greifen immer dann auf sie als Mitteilungsmedium zurück, wenn es darum geht, Eigenerlebtes einem anderen nahe zu bringen. Insofern kann also von Erzählen als ‚elementarer Institution menschlicher Kommunikation', als alltäglich eingespielter Kommunikationsform gesprochen werden« (Schütze, 1987, S. 77).

Schütze entwickelte sowohl eine *Theorie des Erzählens* als auch eine *Theorie dessen, was inhaltlich* mitgeteilt wird. Das narrative Interview wird vor allem im Kontext der Biographieforschung angewendet. Die Kunst des Interviewers liegt darin, »dass der Erzähler seine Geschichte so reproduziert, wie […] sie für seine Identität konstitutiv und somit auch handlungsrelevant« (Bohnsack, 2003, S. 92) ist. Der Erzähler bzw. die Erzählerin wird aufgrund der Anlage der spontanen Stegreiferzählung und des nicht reflektierten Aufbaus der Erzählung in die Zugzwänge der eigenen Erzählung verwickelt aus der sich eine besondere Eigendynamik ergibt (Schütze, 1987). In der Phase der *Datenerhebung* (also der Durchführung des narrativen Interviews) geht es vor allem darum, das Erzählschema freizusetzen (Schütze, 1987). Unter anderem wird von folgenden *Zugzwängen* ausgegangen (Bohnsack, 2003):

- *Gestalterschließungszwang,* d. h. intuitiv darüber entscheiden können, ob eine (Teil-)Erzählung abgeschlossen ist oder nicht,
- *Relevanzfestlegungszwang,* d. h. Erzählung aufgrund der begrenzten Erzählzeit entsprechend verdichten und auf das Wesentliche beschränken,
- *Detaillierungszwang,* d. h. werden bestimmte biographische Aspekte angesprochen, ergibt sich bisweilen der Zwang, detailliierter auf den Kontext der biographischen Ereignisse einzugehen; dadurch werden unter Umständen Handlungs- und Verlaufsmuster sichtbar, über die der Erzähler bzw. die Erzählerin sonst nicht berichtet hätte.

In der Phase der *Datenauswertung* stellt die Identifizierung der (nicht-)narrativen Sequenzen den ersten Schritt (formale Textanalyse) der Analyse dar. Im zweiten Analyseschritt geht es um die strukturelle inhaltliche Beschreibung der Erzählung, d. h. der Analyse der zeitlich begrenzten Prozessstrukturen des Lebenslaufs. Dieses Ergebnis wird im dritten Analyseschritt (analytische Abstraktion) ausgewertet. Die einzelnen Lebensabschnitte werden systematisch in Beziehung gesetzt und die »erfahrungsdominanten Prozessstrukturen in den einzelnen Lebensabschnitten bis hin zur gegenwärtig dominanten Prozessstruktur herausgearbeitet« (Bohnsack, 2003, S. 94f).

Teilnehmende Beobachtung

Bei der teilnehmenden Beobachtung handelt es sich um eine Methode, die insbesondere in der Ethnologie, später in der Kulturanthropologie und Soziologie angewandt wurde.

»Die teilnehmende Beobachtung wird […] bevorzugt dort eingesetzt, wo es unter spezifischen theoretischen Perspektiven um die Erfassung der sozialen Konstituierung von Wirklichkeit und um Prozesse des Aushandelns von Situationsdefinitionen« geht (Lamnek, 1995, Bd. 2, S. 240).

Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung ist der Einsatz in der Lebenswelt der zu untersuchenden Personen und der Teilnahme der Beobachterin bzw. des Beobachters an dieser Alltagswelt. Die Beobachtung richtet sich auf das Verhalten, dem sowohl subjektiver Sinn als auch objektive soziale Bedeutung beikommt. *Das Fremdverstehen ist Voraussetzung und Methode der Beobachtung.* Gegenstand der Beobachtung ist in der Regel das soziale Verhalten und

Handeln von Subjekten und Gruppen. Da eine teilnehmende Beobachtung zeitlich begrenzt ist, können auch nur Ausschnitte der Lebenswelt erfasst werden. Oft wird die Beobachtung ergänzt durch eine Befragung (schriftlich oder als Interview), um Aussagen zur Einstellung oder auch Verhaltenserwartungen zu erfassen.

Die teilnehmende Beobachtung unterscheidet sich von der Alltagsbeobachtung in erster Linie durch die Anforderung wissenschaftlicher Kriterien, wie z. B. wiederholte Prüfung hinsichtlich Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit; einer systematischen Planung und Aufzeichnung sowie einer Zweckbestimmung (die Forschungsfrage). Eine teilnehmende Beobachtung kann sowohl strukturiert (vorab festgelegtes Beobachtungsschema) als auch unstrukturiert (relativ offen) und offen (Beobachter tritt als Forscher auf) bzw. verdeckt (Beobachter gibt sich nicht als Forscher zu erkennen) erfolgen. Der zeitliche Abstand zwischen Beobachtungssequenz und Protokoll sollte so gering wie möglich sein. Protokolle sollten ausführlich gestaltet werden, es empfiehlt sich, eine Vorstruktur zu entwickeln, in die Freitext, aber auch Symbole für immer wiederkehrende Aktivitäten eingetragen werden können. Jahoda et al. empfehlen folgende Kriterien für die schriftliche Ausarbeitung der Beobachtungssequenzen (nach Lamnek, 1995, Bd. 2, S. 299f):

- die Teilnehmer,
- die Folgen der Interaktionen zwischen den Teilnehmern,
- die Mittel die verwendet werden,
- das auslösende Ereignis oder der Stimulus,
- der Anreiz oder andere Faktoren, welche die Situation/Tätigkeit in Gang halten,
- die den Teilnehmern auferlegten Schranken,
- der Zusammenhang der Situation,
- Regelmäßigkeiten und Wiederholungen,
- die Zeitdauer der sozialen Situation,
- bedeutsame Unterlassungen,
- Abweichungen und Widersprüchlichkeiten.

Die Auswertung der teilnehmenden Beobachtung-(sprotokolle) erfolgt mit Hilfe der Auswertungsanforderungen, wie sie an die Inhaltsanalyse oder das Interview gestellt werden.

2.1.3 Evaluationsforschung

Eine immer größere Bedeutung erhält mittlerweile die Evaluationsforschung. Allgemeinsprachlich meint Evaluation nichts weiter als Bewertung von irgendwas, durch irgendjemand, nach irgendwelchen Kriterien auf irgendeine Art und Weise. Im fachsprachlichen Kontext der Evaluationsforschung bedeutet dies, dass

- der Gegenstand definiert werden muss (was?),
- vorab Bewertungskriterien zu definieren sind (was bewerten?),
- Experten (Experten/Laien des Gegenstands bzw. empirischen Forschung) bewerten (wer?) und
- ein Evaluationsdesign zu entwickeln ist (wie bewerten?).

Im Kern befasst sich die Evaluationsforschung mit der Bewertung von Maßnahmen und Interventionen. Wottawa und Thierau (1998) formulieren verschiedene Evaluationsobjekte, wie Personen (z. B. Therapieerfolgskontrolle), Umweltfaktoren (z. B. Auswirkungen von … auf …), Produkte (z. B. vergleichende Analyse der Wirkung verschiedener Psychopharmaka), Zielvorgaben (z. B. Strukturierung des Alltags) oder auch Programme (z. B. Kampagne zur Aufklärung häuslicher Gewalt). Evaluationsforschung folgt den gleichen zentralen Prinzipien der Wissenschaftlichkeit wie die empirische Forschung, sieht sich jedoch gleichzeitig anderen pragmatischen Herausforderungen gegenüber (d. h. im Vordergrund steht der Erfolg bzw. Misserfolg des Erkenntnisinteresses, außerdem handelt es sich bei der Evaluationsforschung in der Regel um Auftragsforschung). Im Mittelpunkt stehen die Kontrolle der unabhängigen Variablen (das Interventionsprogramm) und die Identifizierung der Effekte auf zuvor definierte abhängige Variablen (Kriterien der Zielerreichung).

Die Verfahren der Evaluierung können in ihrem Design quantitativ und/oder qualitativ oder (nicht) experimentell angelegt sein. Die verschiedenen Zeitpunkte der Evaluation können im Vorfeld, während oder im Anschluss an das Interventionsprogramm liegen. Gleichzeitig kann der Zeitpunkt danach gewählt werden, ob die Ergebnisse einen unmittelbaren (formativ) oder gar keinen (summativ) Einfluss auf das laufende Programm haben sollen. Grundsätzlich kann zwischen Implementations- und Wir-

kungsforschung (was), summativer und formativer (wie) sowie interner und externer Evaluation (wer) unterschieden werden.

2.1.4 Forschungsbeispiele aus der Psychiatrie

Eine umfassende Internet- und Datenbankrecherche zu psychiatrischen Pflegeforschungsprojekten führte zu einem ernüchternden Ergebnis. »Studien, die gleichzeitig psychische Störungen und deren pflegerische und medizinische Versorgung erheben, fehlen bisher gänzlich. Ausnahmen bilden einzelne Untersuchungen, die sich etwa mit der medikamentösen Behandlung ausgewählter Erkrankungen beschäftigen« (Hartwig et al., 2005). In ◘ Tabelle 2.2 werden einige Forschungsprojekte in der Psychiatrie skizziert.

2.2 Pflegetheorien und Pflegeverständnis

Die Entwicklung von Pflegetheorien geht einher mit der Akademisierung der Pflege, besonders in der Lehre in den USA. Zwei Ziele wurden mit der Theorieentwicklung verfolgt: erstens die Etablierung der Profession auf der Grundlage originären Pflegewissens und zweitens die Bereicherung der professionellen Praxis durch die Theorie. Stevens-Barnum (1994) weist daraufhin, dass der Pflegeprozess integraler Bestandteil einer Pflegetheorie ist bzw. eine Pflegetheorie auch die Prozesshaftigkeit des Regelkreises zu berücksichtigen hat. Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelten nordamerikanische Pflegewissenschaftlerinnen ausgehend von der Idee, menschliches Handeln sei steuerbar, einen Regelkreis: den sog. Pflegeprozess (LaMonica, 1979; McHugh, 1986; Stevens-Barnum, 1994; Yura und

◘ **Tabelle 2.2.** Ausgewählte Pflegeforschungsprojekte im deutschsprachigen Raum

Titel	Forschungsprojekt
Zur Methode der schriftlichen Befragung – dargestellt am Beispiel der Einstellung von Krankenschwestern und Krankenpflegern zu Suizidpatienten und eigenen Suizidalität In: K. Wittneben (1998) Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege. Thieme, Stuttgart	*Ziel:* Motive für den Suizid, Beurteilung einer suizidalen Handlung, pflegerische Interventionen *Fragestellung:* systematische Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe sowie innerhalb der Experimentalgruppe *Form der Befragung:* Einzel- und Gruppenbefragung
Der schwierige Patient – Phänomen oder Konstrukt? Eine Untersuchung mit der Erkenntnistheorie des Radikalen Konstruktivismus (Guntram Fehr, Diplomarbeit – HöFa II, SBK, August 1998 [download: http://pflegeforschung-psy.ch/abstracts.html])	*Ziel:* erforschen, wo psychiatrisches Pflegepersonal die Schwierigkeit in der pflegerischen Arbeit mit dem Patienten hauptsächlich ansiedelt: beim Patienten und/oder im System und/oder bei sich selbst. Die erhaltenen Aussagen werden dazu verwendet, aus der Sicht psychiatrischer Pflegepersonen den Begriff selbst, dessen Verwendung im Pflegealltag wie auch das Erleben vom »schwierigen Patienten« zu erforschen. *Forschungsfragen* 1. Wie definiert psychiatrisches Pflegepersonal den Begriff »schwieriger Patient«? 2. Welche Bedeutung hat der Begriff für psychiatrisches Pflegepersonal? 3. Wie erlebt psychiatrisches Pflegepersonal den »schwierigen Patienten«?
Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz – Ergebnisse einer Delphi-Studie (Ian Needham, Abschlussarbeit zur Erlangung des Master's Degree in Health Sciences an der Fakultät der Gesundheitswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft, Universität Maastricht, Niederlande 1999 [download: http://pflegeforschung-psy.ch/abstracts.html])	*Ziel:* Bislang gibt es keine systematisch gewonnenen Erkenntnisse über die konzeptuelle und operationale Definition der Bezugspflege im untersuchten Gebiet. Eine klare Definition von Bezugspflege wäre eine Voraussetzung für Untersuchungen bezüglich Qualität und Wirksamkeit des Systems. *Fragestellung:* »Inwieweit gibt es in der psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz einen Konsens über die generische, konzeptuelle und operationale Definition von Primary Nursing im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung?«

Tabelle 2.2 (Fortsetzung)

Titel	Forschungsprojekt
Interdisziplinäre Prozessqualität für den Eintritt in der akutpsychiatrischen Versorgung (Wolfgang Leinen, Abschlussarbeit zur Erlangung des Master's Degree in Health Sciences [Universität Maastricht, NL u. SRK: WE'G Aarau, CH], November 2000 [download: http://pflegeforschung-psy.ch/abstracts.html]	*Ziel:* Entwicklung eines zentralen Messinstrumentes für den Eintrittsprozess auf der Grundlage eines institutionsspezifischen Anforderungsprofils und Durchführung einer Qualitätserhebung. *Fragestellung:* Ist es möglich, zur Förderung und Überprüfung der interdisziplinären Prozessqualität, fokussiert auf den Eintritt eines Patienten auf eine Akutstation, ein zentrales Messinstrument für die stationäre psychiatrische Akutversorgung zu entwickeln und damit eine Qualitätserhebung durchzuführen, sowie Veränderungsmaßnahmen abzuleiten? Phase I: Die Entwicklung eines institutionsspezifischen Anforderungsprofils Phase II: Instrumentenentwicklung Phase III: Qualitätserhebung
Begleitforschung zur Entwicklung der psychiatrischen Abteilung des KKH »Rudolf Virchow« Glauchau Im Rahmen von Einzeluntersuchungen, Praktika, Projektseminaren und Diplomarbeiten, FH Zwickau Mitzscherlich, Beate »Wer ist hier eigentlich verrückt?« Über den Aufbau einer psychiatrischen Abteilung an einem sächsischen Kreiskrankenhaus. In: Zech, R. u. Ehses, C. (Hrsg.) Organisation und Innovation. Expressum, Hannover 2000, S. 161–184	Folgende Themen wurden u. a. bearbeitet: – Patientenzufriedenheit und Beurteilung der Einrichtung durch die Patienten – Mitarbeitermotivation – Einstellung von Pflegekräften zur Pflegedokumentation in der Psychiatrie – Untersuchung der interdisziplinären Zusammenarbeit im stationären und teilstationären Setting – Konzepte psychiatrischer Pflege
Aggression in psychiatrischen Kliniken (Cornelia Heinze, Diplomarbeit im Studiengang Medizin-/Pflegepädagogik an der HU Berlin 2003/2004)	*Thema:* standardisierte Erfassung aggressiven Patientenverhaltens mit SOAS-R *Gegenstand:* Auslöser, Ziel, Häufigkeit und Folgen von Patientenübergriffen gegenüber Personal und anderen Patienten sowie die erfolgten Interventionen Instrument: Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)
People with bipolar disorders quest for equanimity: doing Grounded Theory S. A. Hutchinson, in: P. Munhall, C. Oiler Boyd (Eds.) (1993): Nursing Research – a qualitative perspective. NLN, New York, S. 213–236.	*Thema:* Soziale Alltagsprobleme auf Grund der Erkrankung sowie die Fähigkeit, Probleme des Alltags zu lösen Fragestellung: What is it like to live with a bipolar disorder? *Instrument:* Tiefeninterviews, teilnehmende Beobachtung und Dokumentenanalyse
Evaluation der Nachhaltigkeit von gemeindepsychiatrischen Projekten (Teilprojekt von Pflegeevaluation) FH Zwickau	*Thema:* gemeindepsychiatrische Projekte in Leipzig und Dresden und ein Förderprogramm für die sächsischen Integrationsbetriebe in Bezug auf ihre Nachhaltigkeit evaluieren. *Gegenstand:* Neben der Analyse der gegenwärtigen Organisationsform der Projekte und dem Beitrag zur psychiatrischen Versorgung, den sie gegenwärtig bzw. seit Beginn der Förderung leisten, werden Fragen, wie Reichweite, Modellcharakter, Öffentlichkeitswirkung, Qualifikation der Mitarbeiter usw. untersucht
Qualitätssicherung und -entwicklung im Bereich der Kinder-/Jugendpsychiatrie und der Psychotherapie Gunter Klosinski, in: M. Heiner (Hrsg.) (1996): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Lambertus Verlag, Freiburg/Brsg., S. 279–290	*Thema:* Umsetzung gesetzlich verankerter Qualitätssicherungsmaßnahmen, d. h. Evaluation externer psychoanalytischer Supervision (Einzel- und Gruppensupervision) *Fragen (u. a.):* Wie verändert Supervision die Sicht- und Darstellungsweise von Behandlungsprozessen durch die Mitarbeiter? Welche typischen verallgemeinerbaren Beziehungsprobleme kommen in der Supervision zur Sprache? *Instrument:* Fragebogen

Walsh, 1978). Mit dem zirkulären Steuerungsmodell sollte in erster Linie ein Prozess der Organisation von Pflege beschrieben werden. Dabei ist die Umsetzung des jeweils nächsten Schritts von der Realisierung des vorherigen Schrittes abhängig. Inhalt und Anzahl der Schritte variierten schon zu Beginn der Entwicklung des Pflegeprozesses. Mit dem Pflegeprozess sollte auch verdeutlicht werden, dass Pflege mehr ist als die Ansammlung einzelner Handlungen. Der Fokus lag auf der Beschreibung des »Wie« professionellen Handelns. Grundlage des Konzeptes war die Idee, dass ein professionelles Ziel erreicht werden kann, wenn Pflegende einen Prozess initiieren, ihn sicherstellen und dadurch den Erwartungen der Patienten gerecht werden (Orlando, 1961).

Benner (1984) war eine der ersten Pflegewissenschaftlerinnen, die darauf hinwies, dass die aktive Nutzung und Akzeptanz des Pflegeprozesses um so höher ist, je weniger Erfahrung eine Pflegende vorweisen kann. Sie kam zu dem Ergebnis, dass der Pflegeprozess am ehesten als Orientierungshilfe für Neulinge bzw. fortgeschrittene Anfänger geeignet ist, wohingegen er von Experten eher als Kontrollsystem erlebt wird. Drei Zielrichtungen wurden, so Höhmann (1996), mit dem Pflegeprozess verknüpft: Der Pflegeprozess als Professionalisierungsstrategie, als Nachweisinstrument pflegerisch professioneller Leistungen sowie als Lehr- und Lerninstrument. Die Forderung, den Pflegeprozess umzusetzen, wurde 1974 in das mittelfristige Programm der WHO aufgenommen. Berufsverbände, Fachzeitschriften, Weiterbildungsinstitute und Hersteller von Dokumentationssystemen priesen damals die Pflegeprozessmethode als Chance und Notwendigkeit, die Professionalisierung in der Pflege in Europa voranzutreiben. Spätestens seit der Einführung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1984 in der Bundesrepublik Deutschland bemühen sich Pflegende, den Pflegeprozess in der Pflegepraxis umzusetzen. Kaum ein anderes Konzept hat soviel Auseinandersetzungen, Bemühungen, Umorientierungen usw. mit sich gebracht. Dennoch ist es bisher nicht hinreichend gelungen, geplante Pflege im Sinne des Pflegeprozesses in die Pflegepraxis umzusetzen. Einzelne Schritte des Pflegeprozesses, wie z. B. die Pflegeanamnese, sind im Alltag präsent, aber weder zielorientiert (d. h. die Anamnese wird lediglich zur Informationssammlung, nicht aber zur Bestimmung des Pflegebedarfs genutzt) noch wirklich systematisch geplant und begründet. Eine Ursache ist in der unreflektierten Übernahme eines aus einem gänzlich anderen professionstheoretischen Kontext (dem US-amerikanischen) kommenden Konzeptes zu sehen. Eine weitere Ursache kann in der verspätet gestarteten Akademisierung der Pflege vermutet werden.

Marriner-Tomey (1989) ordnet die pflegetheoretischen Strömungen in vier Kategorien ein (◘ Tabelle 2.3). Meleis (1991) legt ein anderes Ordnungsschema zugrunde und kommt zu drei Kategorien. Der Fokus eines pflegetheoretischen Ansatzes liegt entweder auf dem Klienten der Pflege (Johnson, Roy, Neumann) oder der Interaktion (King, Orlando, Travelbee) oder dem therapeutischen Anteil der Pflege (Levine, Orem). Fawcett (1989, 1993) wiederum orientiert sich in der Zuordnung der verschiedenen Pflegetheorien an dem *Metaparadigma der Pflege*, deren konzeptionelle Grundannahmen erstmals von Kim (1987) formuliert wurden. Kim (1987) identifizierte vier für die Pflege relevante Wissensgebiete: das Wissen um den Klienten/Patienten, die Pflege, die klinische Pflegepraxis und die Umge-

◘ **Tabelle 2.3.** Zuordnung pflegetheoretischer Ansätze nach Marriner-Tomey (1989)

Kategorie	Pflegetheoretikerin (Bspl.)	Jahr
Kunst und Wissenschaft der Humanistischen Krankenpflege	Nightingale	1859
	Henderson	1966
	Abdellah	1960
	Orem	1971
	Leininger	1978
	Parse	1981
Zwischenmenschliche Beziehungen	Peplau	1952
	Orlando	1961
	Travelbee	1966
Systeme	Johnson	1980
	Roy	1976
	King	1981
	Neumann	1982
Energiefelder	Levine	1969
	Rogers M.	1970
	Newman	1986

bung. Vielfach kritisiert wurde damals, dass hierbei das Konzept der Gesundheit nicht berücksichtigt wurde sowie die Trennschärfe zwischen Pflege und klinischer Pflegepraxis nicht immer nachvollziehbar war. Auf der Basis dieser vier Wissensgebiete sowie der kritischen Reflexion dieses von Kim vorgestellten Konzeptes wurden vier Elemente konkretisiert, die zusammen für das **Metaparadigma der Pflege** stehen: Person, Umgebung, Gesundheit und Pflege (Fawcett, 1989 und 1993).

2.2.1 Pflegemodelle von Dorothea Orem und Imogene King

Zwei Pflegetheorien und ihre Vorstellung der Pflegeprozessgestaltung werden an dieser Stelle näher erläutert, da sie für die psychiatrische Pflege von besonderer Relevanz sind. **Orems Pflegemodell** beinhaltet im Prinzip 3 theoretische Ansätze:

1. die Theorie der Selbstpflege,
2. die Theorie des Selbstpflege-Defizits und
3. das Pflegesystem.

Kings Pflegemodell gliedert sich in 2 theoretische Schwerpunkte:

1. die systemtheoretischen Grundlagen und
2. die Theorie der Zielerreichung.

Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie von Dorothea Orem

Orem (1991) sieht den Menschen als ein vollständiges, funktionstüchtiges Ganzes mit einer starken Eigenmotivation, für sich zu sorgen. *Selbstpflege* ist ein innerhalb einer Kultur und Gesellschaft erlerntes Verhalten, deren Selbsthilfe unter Ausnutzung familiärer, nachbarschaftlicher und auch sozialer Beziehungen. Für einen gesunden Menschen beschreibt Orem acht lebensnotwendige Anforderungen (Selbstpflegeerfordernisse) die durch die Selbstfürsorge befriedigt werden müssen:

1. ausreichende Zufuhr von Luft,
2. ausreichende Zufuhr von Wasser,
3. ausreichende Zufuhr von Nahrung,
4. Vorkehrungen im Zusammenhang von Ausscheidungsprozessen,
5. ein ausgewogenes Verhältnis von Aktivität und Ruhe,
6. ein ausgewogenes Verhältnis von Alleinsein und Geselligkeit,
7. Vorbeugung bei Gefahren für Leben, Funktionalität und Wohlbefinden,
8. Unterstützung von Funktionalität und Entwicklung innerhalb sozialer Gruppen in Übereinstimmung mit dem menschlichen Potenzial, den bekannten Beschränkungen und dem Streben nach Normalität.

Der Mensch kann, so Orem (1991) die Selbstpflegeerfordernisse zur Erhaltung seiner körperlichen, seelischen, sozialen und geistigen Integrität/Gesundheit nur ausüben, wenn nachfolgende Selbstpflegefähigkeiten nicht beeinträchtigt sind. In der Regel entspricht die Selbstpflege eines Menschen seinen Selbstpflegefähigkeiten:

1. Fähigkeit, aufmerksam zu bleiben,
2. Fähigkeit, die Lage und Haltung des eigenen Körpers wahrnehmen und zu steuern,
3. Fähigkeit, die eigene Motivation und den Antrieb aufrechtzuerhalten,
4. Fähigkeit, vernünftig zu sein und erwachsen zu reagieren,
5. Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen,
6. Fähigkeit, Wissen zu erwerben und anzuwenden,
7. Fähigkeit, die eigenen Selbstpflegehandlungen zur Erreichung eines Zieles auszuwählen,
8. Fähigkeit, Selbstpflegehandlungen durchzuführen und in das tägliche Leben zu integrieren,
9. Fähigkeit, die eigenen Reserven für erforderliche Selbstpflegehandlungen einzuteilen,
10. Fähigkeit, die Selbstpflegehandlungen geschickt durchzuführen.

Eine Beurteilung der Selbstpflegefähigkeiten im Hinblick auf die allgemeinen Selbstpflegeerfordernisse hat nach folgenden drei Kriterien zu erfolgen:

1. Entwicklungsstand der Person (dieser ist vom jeweiligen Lebensabschnitt und der Biographie abhängig),
2. Funktionstüchtigkeit der Selbstpflegefähigkeit,
3. Angemessenheit der Selbstpflegetätigkeit.

Aufgrund des Entwicklungsstandes (abhängig von den Lebensphasen) und/oder Veränderungen im Gesundheitszustand können verschiedene allgemei-

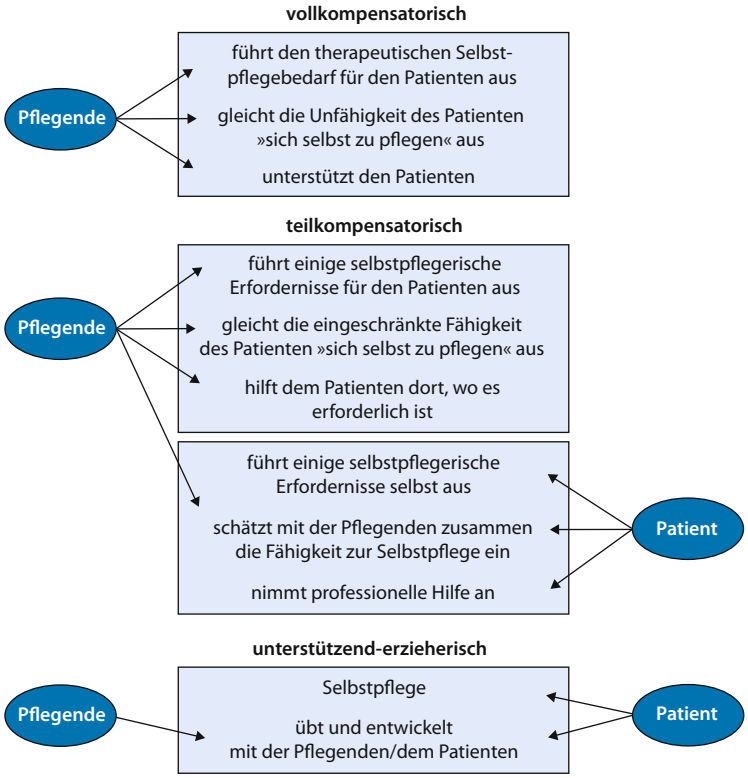
ne Selbstpflegeerfordernisse erhöht sein. In diesem Fall tritt ein therapeutischer Selbstpflegebedarf ein. Es muss entsprechend mehr Selbstpflege vom Patienten bzw. seinen Angehörigen geleistet werden. Sind die Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt, kommt es zu einem *Selbstpflegedefizit* und es entsteht ein Interventions- und Handlungsbedarf durch professionell Pflegende. Professionelle Pflege wird nach Orem erst dann erforderlich, wenn der Betroffene und/oder das unmittelbare soziale Netz die Selbstpflegeerfordernisse nicht mehr selbst erkennen und durchführen können, d. h. wenn die Erfordernisse die Fähigkeiten des Individuums übersteigen. Es entsteht ein Selbstpflegedefizit und es muss festgelegt werden, in welchem Ausmaß professionelle Pflege notwendig wird.

Orem (1991) benennt drei Arten innerhalb eines regulativen *Pflegesystems* (◘ Abb. 2.1), in dem professionell Pflegende aktiv werden:

- Das vollständig kompensatorische Pflegesystem ist immer dann angezeigt, wenn die Person nicht zu bewussten Handlungen fähig ist. Professionelle Pflege führt den Selbstpflegebedarf für den Patienten aus bzw. gleicht die Unfähigkeit des Patienten aus, »sich selbst zu pflegen«.
- Das teilweise kompensatorische Pflegesystem wird erforderlich, wenn die Person einige, jedoch nicht alle pflegerischen Handlungen selbst ausführen kann. Professionelle Pflege führt einige Selbstpflegeerfordernisse für den Patienten aus bzw. hilft dem Patienten dort, wo es erforderlich ist.
- Das unterstützend begleitende erzieherische System wird empfohlen, wenn die Person alle pflegerischen Handlungen ausführen kann und lediglich der Anleitung, Unterstützung oder Unterrichtung bedarf.

Eng damit korrespondieren die von Orem (1991) definierten helfenden Methoden, mit deren Hilfe geklärt wird, in welcher Form Pflege tätig werden kann:

- handeln für den Patienten (für jemanden etwas tun),
- anleiten des Patienten (jemanden führen/leiten),



◘ Abb. 2.1. Orems Handlungssystem für Patient und Pflegende (Orem, 1991, S. 288)

- körperliche oder seelische Unterstützung des Patienten (jemanden unterstützen),
- eine Umgebung schaffen, die persönliche Entwicklung und die Fähigkeit fördert, erforderliche Handlungen zu vollbringen,
- unterrichten des Patienten (jemanden leiten/belehren).

Der Pflegeprozess besteht laut Orem (1991) aus 3 Phasen (Abb. 2.2):

- Die *1. Phase* befasst sich mit der Frage danach, warum eine Person (professionelle) Pflege benötigt, d. h. die Selbstpflegedefizite und der therapeutische Selbstpflegebedarf werden identifiziert (Schritt 1) und analysiert (Schritt 2) sowie die Selbstpflegefürsorge priorisiert (Schritt 3).
- Die *2. Phase* bezieht sich auf die Pflegeplanung (Schritt 4) und auf die Bestimmung, welches Handlungssystem angewendet werden sollte (Schritt 5).
- Die *3. Phase* umfasst die Durchführung der professionellen Pflegeleistungen (Schritt 6) sowie der Kontrolle der Handlungen bzw. seiner Ergebnisse (Schritt 7).

Für den Zeitraum des Auftretens krankheitsbedingter Selbstpflegeerfordernisse wird der (therapeutische) Selbstpflegebedarf kontinuierlich an die aktuelle Situation des Selbstpflegedefizits angepasst.

Die Zielerreichungstheorie von Imogene King

Nach King (1981) basiert sowohl das allgemeine *offene Systemmodell* als auch die *Zielerreichungstheorie* auf der Annahme, im Mittelpunkt der Pflege stehe der Menschen, der mit der Umwelt interagiert. Das Pflegesystem besteht laut King aus einem personalen, interpersonalen und sozialen System. Die Pflege soll zu einem Zustand der Gesundheit führen, einem Zustand, der das funktionale Agieren in sozialen Rollen möglich macht. Eine zentrale Überzeugung, die dem Systemmodell sowie der Zielerreichungstheorie zugrunde liegt, lautet, dass die Pflege mit Menschen und menschlichen Handlungen befasst ist (King, 1981). Sie erklärt, die konzeptionelle systemtheoretische Anlage ihres Models (personales, interpersonales und soziales System) sowie die Konzepte (insgesamt sind es 12) der drei Systeme als Reaktion auf Veränderungen entwickelt zu haben, die damals auf die Krankenpflege einwirkten. Auch habe sich das theoretische und praktische Wissen explosionsartig vermehrt. Darüber hinaus begreift King (1981) Pflege als einen aus Aktion, Reaktion und Interaktion bestehenden Prozess, in dem sich eine Pflegende und ein Patient über ihre jeweiligen Wahrnehmungen in der pflegerischen Situation austauschen. Eine pflegerische Situation ist gleichbedeutend mit der unmittelbaren Umgebung, also die räumliche und zeitliche Realität, in der eine Pflegende und ein Patient eine Beziehung aufneh-

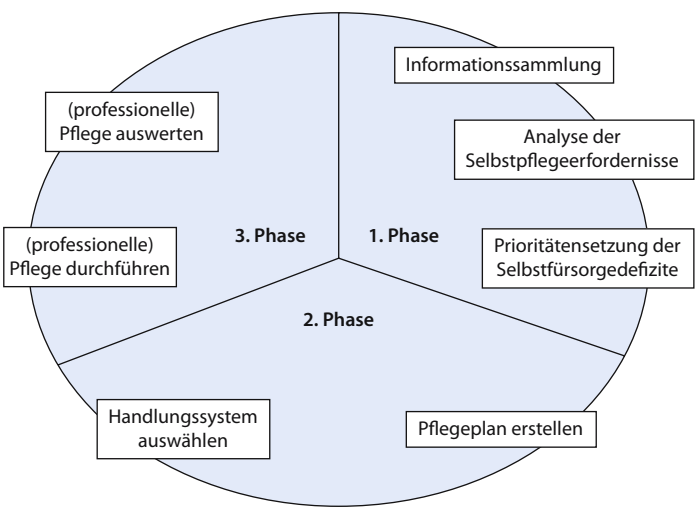


Abb. 2.2. Der Pflegeprozess nach Orem (in George, 1990, S. 101)

men, um gesundheitliche Probleme zu bewältigen und die erforderlichen Anpassungen an die veränderten Bedingungen des täglichen Lebens einzuleiten. Durch eine zielgerichtete Kommunikation identifiziert die Pflegeperson Ziele, Probleme oder Besorgnisse. Sie sucht gemeinsam mit dem Patienten nach Mitteln, mit deren Hilfe sich die gewünschten Ziele erreichen lassen, und einigen sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise. Aus dieser Interaktion zwischen Pflegender und Patient folgen dann die ersten Schritte zur Zielerreichung. Die Ziele können aus Sicht des Patienten andere sein als aus der Perspektive der Pflegenden. Das heißt, Prozesse der Konsensfindung zwischen Patient und Pflegenden werden erforderlich. Diesen Prozess hat King (1981) in ihrer Zielerreichungstheorie beschrieben, bei dem der Begriff der Transaktion eine besondere Rolle einnimmt. Unter Transaktion versteht sie wahrnehmbares Verhalten in Interaktion mit der Umwelt, sie steht auch dafür, dass zuvor gesetzte Ziele erreicht werden (King, 1981, S. 147). Die Zielerreichungstheorie geht davon aus, dass das gemeinsame Ziel in der Regel das Streben nach Gesundheit des Patienten ist. Das Ergebnis besteht in einem Zustand der Gesundheit (Abb. 2.3).

Laut King (1981) haben Pflegekräfte im Gesundheitswesen eine Schlüsselposition inne. Sie arbeiten mit Ärzten, Sozialarbeitern und mit anderen Fachkräften zusammen, um die Gesundheit zu fördern. Strukturiert werden die pflegerischen Maßnahmen durch den Pflegeprozess. Sie unterscheidet drei Phasen: Erkenntnis der gegebenen Umstände, Aktion aufgrund der gegebenen Umstände und die Motivation, die Ereignisse zu kontrollieren und Ziele zu erreichen (es fällt auf, dass eine konkrete Planungsphase fehlt). King verknüpft dabei den Pflegeprozess mit dem Prozess der Interaktion, der zu einer Transaktion und schließlich zu einer Zielerreichung führt. Aus diesem Grund wird der Pflegeprozess auch als »Interaktions-Transaktions-Prozessmodell« bezeichnet (King, 1989, in Riehl-Sisca, S. 153ff). Die *1. Phase* ist gekennzeichnet durch die wechselseitige Wahrnehmung sowie einer Beschäftigung mit den mentalen Modellen der an der Interaktion beteilig-

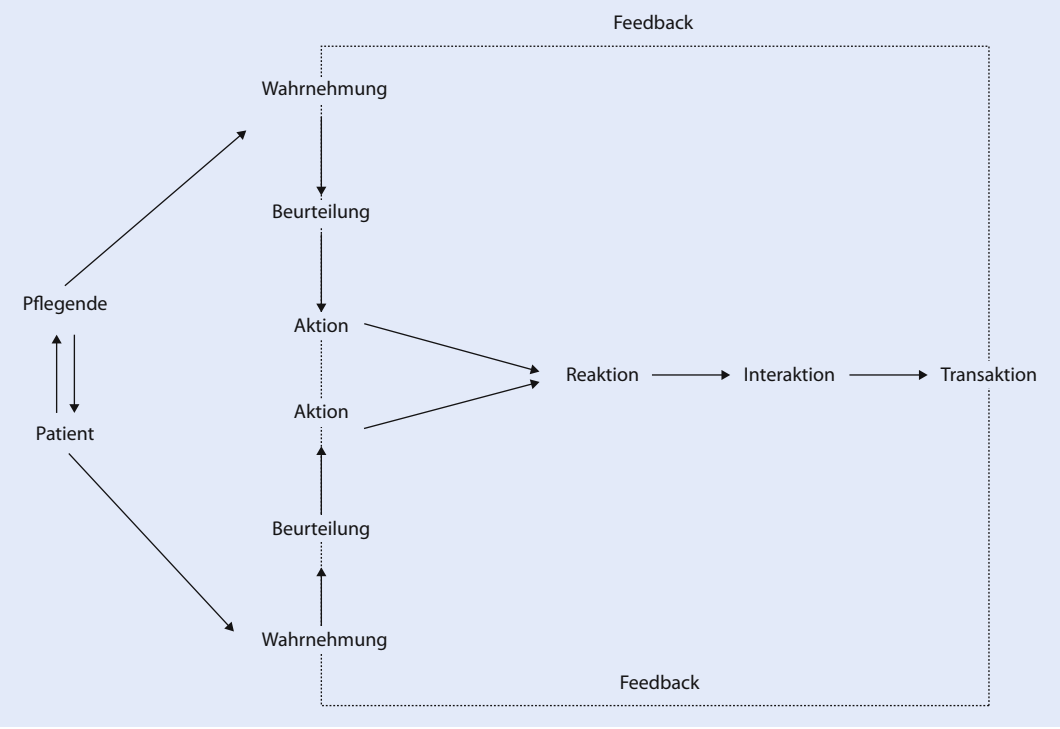


Abb. 2.3. Kings Interaktions-Transaktions-Prozessmodell (King, 1981, S. 145)

ten Personen. In der *2. Phase* werden die Ziele identifiziert und formuliert, während in der *3. Phase* die Ziele überprüft werden. Sie gilt auch als Bewertung der Interaktion. Alle subjektiven Einschätzungen müssen vom jeweiligen Interaktionspartner verifiziert werden, um falsche Schlussfolgerungen zu vermeiden.

2.2.2 Praxisbeispiel: Der Pflegeprozess in der Psychiatrie – eine Kombination aus Orem und King

Im Rahmen eines Projektes (Umsetzung des Pflegeprozesses auf der Basis von zwei pflegetheoretischen Ansätzen am Beispiel der psychiatrischen Pflege von 1995 bis 2002) am Universitätsklinikum Charité Campus Benjamin Franklin (CCBF) wurde ein Konzept zur Gestaltung des theoriegeleiteten Pflegeprozesses entwickelt. Nach intensiven Auseinandersetzungen über verschiedene pflegetheoretische Ansätze, deren Anwendungspotenziale in der Psychiatrie und der Gestaltung bzw. Umsetzung des Pflegeprozessgedankens in der Pflegepraxis, wurde folgende Definition von *Pflege in der Psychiatrie* verabschiedet:

> **Wenn ein Mensch die Fürsorge eines professionell Pflegenden beansprucht, wird dadurch ein *Prozess* initiiert der mit der stationären Aufnahme des Patienten beginnt und mit seiner Entlassung endet. Für Patient und Pflegende bedeutet dies, dass innerhalb einer *gemeinsamen Wegstrecke* (stationärer Aufenthalt) viele *Prozesse parallel* verlaufen, die mit dem Patienten gemeinsam *abgestimmt, angepasst* und *koordiniert* werden (Roes et al., 2003, S. 23).**

Demnach wird der Pflegeprozess als dynamisches Geschehen verstanden, an dem Pflegende und Patient gemeinsam beteiligt sind. Die professionelle Pflegeleistung wird zum einen sichtbar, systematisch, begründbar und überprüfbar. Zum anderen wird der prozesshafte Verlauf pflegerischen Handels für alle Beteiligten transparent. Pflege in der Psychiatrie wird im Wesentlichen als eine interaktive Dienstleistung verstanden, die für und mit dem Patienten individuell im Rahmen einer stationären Behandlung angeboten wird bzw. gemeinsam zu gestalten ist. Dem Assessment kommt eine herausragende Stellung in der Umsetzung des theoriegeleiteten Pflegeprozesses in der Psychiatrie zu. Der Prozess ist deshalb so aufgebaut, dass ein Assessment kontinuierlich durchgeführt und schriftlich dargelegt werden muss. Damit soll bewirkt werden, dass sowohl die geplanten Maßnahmen systematisch überprüft werden als auch die Zielerreichung bzw. Modifikationen für alle Beteiligten nachvollziehbar werden. Die Verknüpfung der beiden pflegetheoretischen Ansätze von Orem und King mit dem psychiatrischen Pflegeprozess sieht wie in ◘ Abb. 2.4 dargestellt aus.

Erläuterungen zur Umsetzung des Pflegeprozesses in der Psychiatrie des CCBF

1. Schritt

Die erste Begegnung zwischen Patient und Pflegepersonal ist gekennzeichnet durch eine *erste Kontaktaufnahme* (1. Schritt). In der Psychiatrie stellt dies aufgrund der Krisensituation, in der sich ein Patient befindet, eine besondere kommunikative Herausforderung dar. Im Vordergrund steht die Wahrnehmung und anschließende Beschreibung der aktuellen Krisensituation. Weitere persönliche Daten sowie Informationen über mögliche Auslöser der Krise sollen erfasst werden. Die Pflegende ist aufgefordert, ihren subjektiven Eindruck zu verschriftlichen und entsprechend zu kennzeichnen. Zusätzlich wird der Patient über die räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten der Station informiert. Außerdem erhält der Patient Informationen darüber, welche Personen des multiprofessionellen Betreuungsteams für ihn zuständig sind.

2. Schritt

Einschätzung (erstes Assessment) bedeutet, die aktuelle Situation des Patienten, unter Einbindung der Biographie, zu erfassen und zu beurteilen (2. Schritt). Dies soll sowohl aus der Perspektive des Patienten als auch des Pflegepersonals erfolgen und im sog. Assessmentbogen verschriftlicht und entsprechend gekennzeichnet werden. Es besteht die Möglichkeit, aus vorgegebenen Themen diejenigen auszuwählen, die für die individuelle Patientensituation relevant

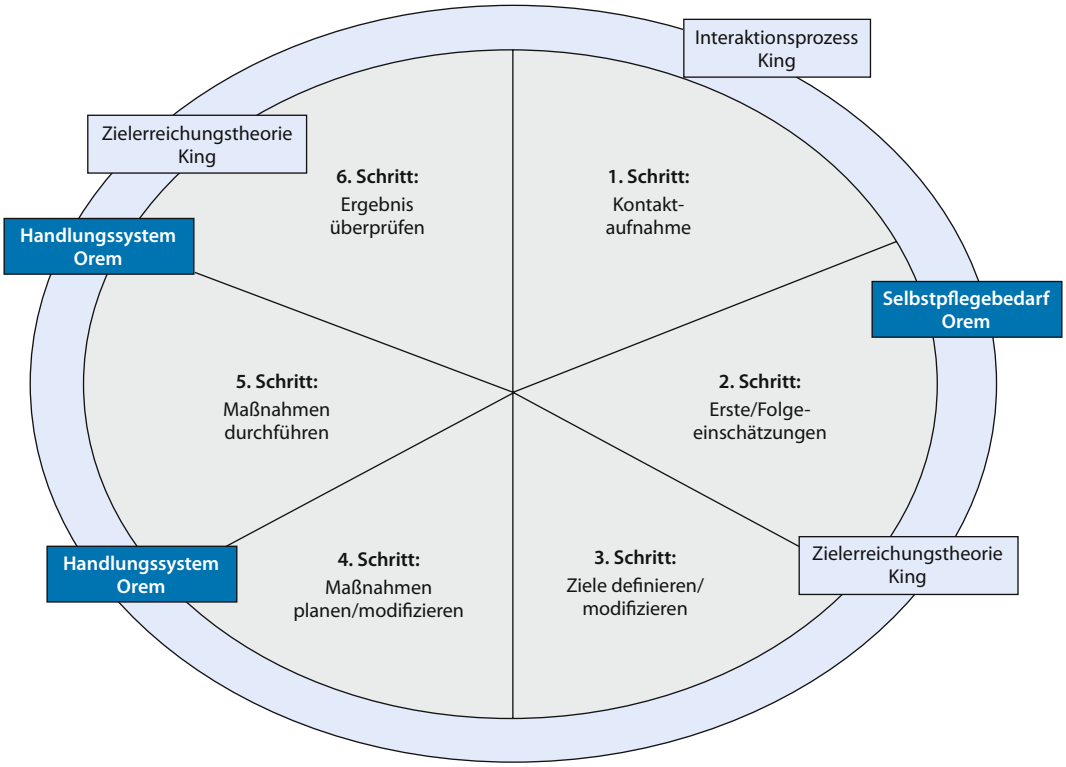


Abb. 2.4. Verknüpfung zweier pflegetheoretischer Ansätze (Orem und King) mit dem Pflegeprozess in der Psychiatrie des CCBF

sind und anschließend Prioritäten hinsichtlich der Wichtigkeit zu setzen. Durch diese offene Vorgehensweise wird eine Standardisierung von Problemformulierungen vermieden. Alle schriftlichen Aussagen sind so gekennzeichnet, dass die subjektiven Wahrnehmungen aus Sicht des Patienten bzw. der Pflegenden eindeutig erkennbar sind. Wertungen und Interpretationen sind zu vermeiden bzw. als solche entsprechend zu kennzeichnen. Die erste Einschätzung zur Situation des Patienten erfolgt innerhalb von fünf Tagen nach stationärer Aufnahme. Sie berücksichtigt die in der ersten Informationssammlung aufgenommen Daten zur aktuellen Krisensituation.

3. Schritt

Ziele stellen den Maßstab für die Wirksamkeit der Maßnahmen dar und beschreiben, welche Erfolge mit den jeweiligen Maßnahmen angestrebt werden sollen (3. Schritt). Ziele sollen mit dem Patienten gemeinsam besprochen und festgelegt werden (Zielerreichungstheorie nach King, 1981). Die Ziele korrespondieren mit den Aussagen der Erst-, und Folgeeinschätzungen. Ziele sind so zu formulieren, dass sie realistisch, erreichbar, konkret, positiv formuliert und überprüfbar sind. Jede Zielüberprüfung ist gleichbedeutend mit der Durchführung einer Folgeeinschätzung, d. h. Termine zur Überprüfung werden vorab festgelegt. Die Zielformulierung erfordert vor allem die Gestaltung eines Interaktions- bzw. Aushandlungsprozesses bei dem der Patient die Möglichkeit erhält, seine Ziele zu formulieren und diese mit der Pflegenden zu besprechen. Jede Zielüberprüfung beinhaltet indirekt auch eine subjektive Einschätzung der Situation des Patienten aus Sicht der Pflegenden. Im Aushandlungsprozess ist es anschließend erforderlich, die beiden Perspektiven in der Zielformulierung zusammenzubringen. Das heißt auch, dass Ziele nicht ausschließlich aus der Sicht des Patienten formuliert werden sollten, es sei denn, der Zustand des Patienten lässt dies nicht zu.

4. Schritt

Die Gestaltung des Aushandlungsprozesses hinsichtlich zu erreichender Ziele kombiniert mit dem Handlungskonzept von Orem (1991) fordert die Pflegenden auf, den Grad der Handlungsübernahme festzulegen (4. Schritt). Dies hat Auswirkungen auf die *Maßnahmenplanung*, insbesondere hinsichtlich der Festlegung, wer (Patient/Pflegende) welche Maßnahmen in welchem Unterstützungsgrad (unterstützend-erzieherisch, teilkompensatorisch oder vollkompensatorisch) übernimmt. Das heißt mit der Maßnahmenplanung werden die Selbstpflegefähigkeiten des Patienten mit berücksichtigt. Durch diese Vorgehensweise soll auch erreicht werden, dass der Unterstützungsgrad von allen an der Betreuung beteiligten Pflegenden eingehalten wird. Der Maßnahmenplan bildet die gemeinsame Grundlage sowohl für den Patienten als auch für die Pflegenden. Er enthält konkrete Handlungs- und Verhaltensweisen, die zur Erreichung der zuvor formulierten Ziele beitragen sollen. Der Plan beschreibt:

- was getan werden soll,
- wer es tun soll,
- wie es getan werden soll,
- wann es getan werden soll,
- wie lange es getan werden soll und wie oft,
- wo es getan werden soll.

5. Schritt

Die *Durchführung der Maßnahmen* erfolgt immer unter Berücksichtigung der aktuellen Situation und der Selbstpflegefähigkeiten des Patienten, dem implizit ist Beurteilung der Wirkung der durchgeführten Maßnahmen (5. Schritt). Erreicht werden soll, dass mit der Durchführung einer Maßnahme gleichzeitig systematisch und kontinuierlich der Erfolg der geplanten Maßnahmen erfasst wird.

6. Schritt

Im Pflegebericht wird das Ergebnis der *überprüften* Maßnahmen dokumentiert (6. Schritt). Subjektive Wahrnehmungen sind als solche gekennzeichnet und ermöglichen sowohl die Reflexion der professionellen Sichtweise als auch die Darlegung der aktuellen Situation aus Sicht des Patienten. Der Pflegebericht ist ein Bericht über den Verlauf und die Wirkung der Maßnahmen sowie über das Befinden des Patienten in jeder Schicht. Auf Abweichungen von der Planung wird begründet eingegangen, sodass für alle am therapeutischen Prozess Beteiligten jederzeit nachvollziehbar wird, warum eine Maßnahme anders als geplant realisiert wurde. Dadurch wird auch ableitbar, welche Konsequenzen hieraus für den weiteren Betreuungsprozess zu ziehen sind.

7. Schritt

Die Termine der *Folgeeinschätzungen* (Assessments) werden zum Zeitpunkt des aktuellen Assessments geplant und sind spätestens sieben Tage nach der letzten Einschätzung vorzunehmen (7. Schritt). Akute Veränderungen sind sofort zu erfassen und zu dokumentieren. Jede weitere Einschätzung wird damit gleichzeitig zur Zielüberprüfung sowie einer Überprüfung der Wirkung der geplanten Maßnahmen. Die Schritte 2–6 verlaufen dann wie eben beschrieben.

Grundsätzlich wird in der pflegewissenschaftlichen Diskussion davon ausgegangen, dass die »Theorien die Praxis voranbringen«, und dass die Entwicklung von Pflegetheorien nur existiert, »um die Pflegepraxis zu verbessern, indem sie eine rationale Basis für pflegerisches Handeln stellt« (Schröck, 1998, S. 23). Allerdings bleibt heute der Nachweis aus, dass Pflegetheorien tatsächlich dazu beitragen, die Pflegepraxis zu verändern. Pflegetheorien haben vielmehr dazu beigetragen über Pflege nachzudenken bzw. die Pflege zu denken (Perry, in Schröck, 1998).

In diesem Sinne kann dieses Projekt als Versuch gewertet werden, der Pflegetheorie einen anderen Stellenwert für/in der Pflegepraxis zukommen zu lassen.

2.2.3 Krankheitsverlaufskurven – das Corbin-Strauss-(Pflege) Modell

»In der sozialen Wirklichkeit sind wir konfrontiert mit einem Universum, das durch beständigen Fluss charakterisiert ist; es kann und will nicht verharren. Es handelt sich um ein Universum, in dem Prozesse von Verschwinden, Zerfall und Aufteilung Spiegelbilder des Auftauchens, Neuentstehens und Zusam-

menschlusses sind. Es ist ein Universum, in dem nichts streng determiniert ist. Doch seine Phänomene können teilweise durch die Analyse bestimmt werden – einschließlich des Phänomens, dass die Menschen selber daran mitwirken, diejenigen Strukturen zu schaffen, die ihr Leben formen« (Strauss, 1993, übersetzt von Legewie et al., 2004).

Glaser und Strauss veröffentlichten 1967 erstmalig ihre Monographie »*The Discovery of Grounded Theory*« (1979[10]), die im Kern das Ergebnis von Feldstudien über das Sterben im Krankenhaus bzw. die Interaktion Sterbender mit seinem Umfeld darstellt. Im Rahmen dieser Studien wurde u. a. festgestellt, dass Sterben Zeit braucht und, dass Pflegeexperten, Familien und Sterbende zahlreiche Strategien einsetzen, um diesen Prozess zu bewältigen und zu gestalten. Im Ergebnis der Feldstudien wurde dieses Phänomen der Bewältigung als *Krankheitsverlaufkurve (Krankheitstrajekt)* bezeichnet (▶ hierzu auch Kap. 2.1 Pflegeforschung).

Eine weitere Intention dieser Monographie war, eine andere Form der empirischen Theoriegenerierung darzulegen, die sich insbesondere gegen die damals in der Soziologie dominierenden Überbetonung der Verifikation von Theorien sowie dem hypothetisch-deduktiven Ansatz richtete. Zwei Vorstellungen von Theorieentwicklung wurden in dieser Monographie vorgestellt: Einerseits emergieren Theoriekonzepte aus dem Datenmaterial. Dies setzt voraus, dass sich der Forscher von theoretischen Vorannahmen frei machen muss. Andererseits werden im Feld – aufgrund vorliegender Theoriekenntnisse – Phänomene entdeckt.

Insgesamt betrachtet, gehen Strauss/Corbin/Glaser (Strauss u. Glaser, 1975; Corbin u. Strauss, 1988 u. 1993; Corbin, 1994) von verschiedenen Grundannahmen aus, die aus seinen umfangreichen Feld- und Interviewstudien entstanden und seine Arbeiten mit beeinflussen (Legewie et al., 2004):

- *Aushandeln und ausgehandelte Ordnung (negotiated orders)*: Untersucht wurden Aushandlungsprozesse von der psychiatrischen Krankenstation bis hin zu den Nürnberger Prozessen sowie amerikanisch-russischen Verhandlungen.
- *Bewusstheitskontext (context of awareness)*: bezieht sich darauf, inwieweit Interaktionsteilnehmer ihr Wissen über einen Sachverhalt offen darlegen.
- *Verlaufskurve (trajectory)*: ein Konzept, bei dem alle mit einem sozialen Geschehen verbundenen Aktionen zusammengefasst werden.
- *Abstimmungs-, Gefühls- und Identitätsarbeit*: psychische Prozesse werden als Arbeit konzeptualisiert, im Fokus steht der chronisch kranke Mensch.
- *Soziale Welt-Subwelt und Arena*: Soziale Welten sind Sinnwelten. Sie zeichnen sich in erster Linie durch Gemeinsamkeiten ihrer Mitglieder aus. Durch das Aushandeln von Konflikten werden sie zu Arenen.

Die oben genannten Feldsstudien zur Interaktion Sterbender wurden auch durch Erkenntnisse der interaktionistischen Theorietradition (um Mead, 1968 und Blumer, 1973) beeinflusst. Insbesondere die Kategorie des *Bewusstseinskontextes* geht auf diese theoretischen Vorannahmen zurück. Die Darlegung der Grundannahme, wie Bewusstseinskontexte funktionieren, ist von Bedeutung für die Konkretisierung der Verlaufskurve (Krankheitstrajekt) *chronisch kranker Menschen* sowie für das Verstehen der Handlungszusammenhänge bzw. das Handeln der betroffenen Subjekte. Konkret bedeutet dies u. a. folgendes:

»Ausgehend von der Annahme, dass die beteiligten Interaktionspartner (Patient und Krankenhauspersonal) ein bestimmtes Merkmal des einen Partners (seinen bevorstehenden Tod) entweder wissen oder nicht wissen und dieses Wissen entweder verschweigen können oder darüber kommunizieren, kann jeder mögliche **Bewusstseinskontext** durch eine Kombination dreier Sachverhalte beschrieben werden: 1. die *Information,* die der Patient über die Möglichkeit seines bevorstehenden Todes vom Personal erhält, 2. das *Bewusstsein* des Patienten darüber, dass er möglicherweise bald sterben wird, 3. die Tatsache, dass der Patient sein Wissen gegenüber dem Personal *offenbart*. […] Übrig bleiben vier logische, mögliche und inhaltlich sinnvolle Bewusstseinskontexte:

- der Patient weiß über die Möglichkeit seines bevorstehenden Todes, weil es darüber vom Krankenhauspersonal in Kenntnis gesetzt wurde – der offene Bewusstseinskontext –
- der Patient wurde vom Personal nicht über die Möglichkeit seines bevorstehenden Todes infor-

miert, ihm ist diese Möglichkeit (auch aus anderen Quellen) nicht bewusst – der geschlossene Bewusstseinskontext –

- der Patient wurde nicht über die Möglichkeit seines bevorstehenden Todes informiert, er weiß jedoch um diese Möglichkeit und macht dies dem Personal gegenüber deutlich – der argwöhnische Bewusstseinskontext –
- der Patient wurde nicht über die Möglichkeit seines bevorstehenden Todes informiert, er ist sich dessen jedoch bewusst und verbirgt dieses Wissen gegenüber dem Personal – der Bewusstseinskontext der wechselseitigen Täuschung –« (Kelle, 2003, S. 8f).

Die systematische Erfassung der Verlaufskurven chronisch Kranker wurde sowohl vor dem Hintergrund der Analyse der individuellen Leidenswege und Betreuungsanforderungen der Betroffenen (Patienten und soziales Umfeld) realisiert als auch ihre Aktivitäten, das eigene Krankheitsgeschehen zu bewältigen und zu kontrollieren. Die Analyse der Krankheitsverlaufskurven – kombiniert mit den professionellen Interaktionserfahrungen (und damit auch den Bewusstseinskontexten) – ermöglicht es, die individuellen Problemkonstellationen und Handlungsmuster der Erkrankten zu erfassen und dies in das professionelle Handeln mit einzubeziehen. Das heißt auch, dass eine Betrachtung der Interaktionen aus Sicht des Erkrankten und seines sozialen Umfeldes zu anderen Perspektiven und Interpretationen sozialer Prozesse führt, als eine einseitige Analyse und Bewertung aus Sicht der Profession. Der Patient wird als Experte seines Krankheitsverlaufs gesehen.

Corbin und Strauss (1994) unterteilten die Krankheitsverlaufskurven in *acht Phasen,* wobei jede Phase prinzipiell die Möglichkeit einer dramatischen Verbesserung oder Verschlechterung in sich birgt (◘ Tabelle 2.4). Allerdings muss der Verlauf einer Krankheit nicht zwangsläufig im Abwärtstrend erfolgen, dennoch beinhaltet eine chronische Erkrankung in den meisten Fällen den Verfall eines Menschen.

Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass der Krankheitsverlauf bewusst gesteuert und beeinflusst werden kann. Analog der Krankheitsphasen lassen sich auch Anforderungen an das Handeln der beteiligten Professionen ableiten. Das Krankheitsverlaufsmodell wird insbesondere als Referenzrahmen für das Schnittstellenmanagement zwischen den beteiligten Professionen und Sektoren (Akutpflege sowie ambulante und stationäre Langzeitpflege) gesehen. Das Management der verschiedenen Phasen umfasst u. a. die Aspekte der Kontrolle von Symptomen und Nebenwirkungen sowie deren Vermeidung, das Zurechtkommen mit Krisen sowie den Umgang mit krankheitsbedingten Behinderungen. Dazu sind verschiedene Aktivitäten erforderlich, u. a. das Assessment inklusive dem Festlegen erreichbarer realistischer Ziele, der Identifizierung und Beurteilung der Faktoren die den Krankheitsverlauf beeinflussen, der Festlegung und Durchführung erforderlicher Interventionen sowie der kontinuierlichen Evaluation der realisierten Maßnahmen.

Die Beschreibung der acht Phasen eines Krankheitsverlaufs wurde Anfang der 80er/90er Jahre von Schütze (1981) und Riemann, Schütze (1991) im Rahmen ihrer Biographieforschung aufgegriffen und weiter konkretisiert, insbesondere, »um gezielter auch subjektive Einflussfaktoren« (Höhmann et al., 1999, S. 63) zu integrieren. Eine grafische Darstellung der Verlaufskurve symbolisiert auch das Zusammenspiel

◘ Tabelle 2.4. Acht Phasen der Krankheitsverlaufskurve (Woog, 1998, S. 13)

Krankheitsphase	Kennzeichen
1: Vorphase der Krankheitsverlaufskurve	keine Anzeichen oder Symptome einer Krankheit erkennbar
2: Beginn der Krankheitsphase (Diagnose)	erste Symptome und Anzeichen einer Krankheit
3: Krise	lebensbedrohlich
4: akut	Krankenhausaufenthalt wegen akutem Krankheitszustand oder Komplikationen
5: stabil	Kontrolle durch therapeutisches Programm
6: instabil	Kontrolle durch therapeutisches Programm zunehmend schwieriger
7: Verfall	fortschreitende Verschlechterung des Zustandes
8: Sterben	unmittelbar vor dem Tod

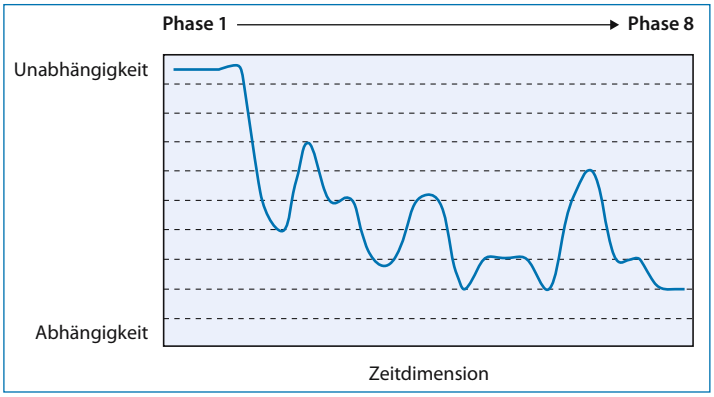


Abb. 2.5. Vereinfachte grafische Darstellung eines möglichen Krankheitsverlaufs

zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit auch im Kontext professioneller Unterstützung (Abb. 2.5).

Die Analyse der Krankheitsverlaufskurve liefert somit neue Anhaltspunkte »für angemessene und zielgerichtete therapeutische Interventionen professioneller Helfer« (Höhmann et al., 1999, S. 62). Im Rahmen der Forschungsarbeit »Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung« (Höhmann et al., 1999) wurde der Ansatz von Corbin/Strauss (1994) und Riemann/Schütze (1991) mit dem Ziel kombiniert, ein kooperatives Leistungs- und Betreuungsangebot zu realisieren. Grundannahme war, dass ein effektiver Umgang mit Chronizität und Multimorbidität eine Zusammenarbeit aller Professionen und der Betroffenen erforderlich macht und dass darauf zu achten ist, »welche Umstände und Bewältigungsvoraussetzungen im eigentlichen Lebensmittelpunkt der Betroffenen, dem häuslichen Bereich oder Heim vorliegen« (Höhmann et al., 1999, S. 70). Die aktive Einbindung dieser Kenntnisse kann somit Grundlage gelingender Copingprozesse sein und den Adaptionsprozess fördern.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Benennen Sie die unterschiedlichen Schritte der quantitativen und der qualitativen Forschung! ▶ Kap. 2.1.1
- Geben Sie mindestens 3 Begriffspaare methodischer Implikationen quantitativer und qualitativer Sozialforschung und deren Erläuterung an! Tabelle 2.1
- Skizzieren Sie die zentralen Aspekte der Grounded Theory! ▶ Kap. 2.1.1
- Definieren Sie »Zugzwang im Interview« ▶ Kap. 2.1.1
- Erklären Sie folgende Aussage: »Das Fremdverstehen ist Voraussetzung und Methode der Beobachtung«! ▶ Kap. 2.1.1
- Definieren Sie, was im fachsprachlichen Kontext unter Evaluationsforschung verstanden wird! ▶ Kap. 2.1.3
- Nennen Sie mindestens 3 Kategorien aus dem Ordnungsschema von Marriner-Tomey (1989) und mindestens 1 Pflegetheoretikerin pro Kategorie! Tabelle 2.3
- Nennen Sie die 3 theoretischen Ansätze in Orems Pflegemodell und skizzieren Sie einen Ansatz ausführlich! ▶ Kap. 2.2.1
- Skizzieren Sie die Phasen des Pflegeprozesses nach Orem anhand eines Praxisbeispiels! ▶ Kap. 2.2.1
- Nennen Sie die 2 theoretischen Schwerpunkte in Kings Pflegemodell! ▶ Kap. 2.2.1.
- Skizzieren Sie die Zielerreichungstheorie anhand eines Praxisbeispiels! ▶ Kap. 2.2.1
- Skizzieren Sie die von Corbin/Strauss definierten Bewusstseinskontexte, die sich aus der Annahme ergeben, dass die beteiligten Interaktionspartner ein bestimmtes Merkmal des einen Partners (seinen bevorstehenden Tod) entweder wissen oder nicht wissen und dieses Wissen entweder verschweigen können oder darüber kommunizieren! ▶ Kap. 2.2.3
- Nennen Sie mindestens 3 der 8 Krankheitsverlaufphasen und je ein Kennzeichen! Tabelle 2.4

Literatur

Benner P (1984) From novice to expert – excellence and power in clinical nursing practice. Addison Wesley (deutsche Fassung: Stufen zur Pflegekompetenz, Hans Huber, Bern 1994)

Blumer H (1973) Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg) Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Blumer H (1973) Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg) Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Bohnsack R (2003) Rekonstruktive Sozialforschung – Einführung in qualitative Methoden. 5. Aufl Leske u. Budrich, Opladen

Borgetto B (2003) Sozialwissenschaftliche Analyse von Patientenkarrieren und Krankheitstrajekten – Gemeinsamkeiten und Differenzen von Grounded Theory und Idealtypenanalyse, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 2. Jg, Heft 11 [Download: http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/journal/]

Corbin J (1994) Chronicity and the trajectory framework. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Reihe WZB-discussion-papers 94-202), Berlin

Corbin J, Strauss A (1988) Unending work and care – Managing chronical illness at home. Jossey Bass, San Francisco

Corbin J, Strauss A (1993) Weiterleben lernen – Chronisch Kranke in der Familie. Piper, München

Fawcett J (1989) Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2. Aufl, Davis Company, Philadelphia

Fawcett J (1993) Analysis and evaluation of nursing theories. Davis Company, Philadelphia

Flick U (1995) Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychosoziologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

George J (1990) Imogene M. King. In: J George (ed) Nursing theories – the base for professional nursing practice. 3. edn Appleton and Lange, Norwalk 193

Glaser B, Strauss A (1979) The discovery of grounded theory – Strategies for qualitative research. 10. edn Aldine, Chicago

Glaser B, Strauss A (1979) The discovery of Grounded Theory – strategies for qualitative research. 10. edn Aldine, Chicago

Hartwig J, Heese K, Waller H, Machleidt M (2005) Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen. In: Gesundheitswesen 67: 274

Heinze T (1995) Qualitative Sozialforschung – Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. Westdeutscher Verlag, Opladen

Höhmann U et al (1996) Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bd 261, Berlin

Höhmman U, Müller-Mundt G, Schulz B (1999) Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Mabuse, Frankfurt aM

Hutchinson S (1993) People with bipolar quest for equanimity: doing grounded theory. In: Munhall P, Oiler Boyd C (eds) Nursing research – a qualitative perspective. National League for Nursing Press, New York 213

Kelle U (2003) »Grounded Theory« als Beitrag zur allgemeinen Methodenlehre der Sozialforschung. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 2. Jg, Heft (13) [Download: http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/journal/]

Kim HS (1987) Structuring the nursing knowledge system: a typology of four domains. In: Scholar Inquiry for Nursing Practice 1: 99

King I (1981) A theory for nursing – Systems, concepts, process. Delmar, New York

Lamnek S (1995) Qualitative Sozialforschung, Bd 1: Methodologie und Bd 2: Methoden und Techniken. 3. Aufl Beltz, Weinheim

LaMonica EL (1979) The nursing process: a humanistic approach. Menlo Park C.A.

Legewie H, Schervier-Legewie B (2004) »Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muß es auf der anderen Seite Spaß machen« – Interview mit Anselm Strauss 1994. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Vol 5, Nr 3 [online: www.qualitative-research.net/fqs, eingesehen Dezember 2004]

Marriner-Tomey A (1989) Nursing theoriest and their work. 2. edn Mosby St. Louis (deutsche Fassung: Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom Verlag, 1992), Basel

McHugh M (1986) Nursing process: musings on the methods. In: Holistic Nursing Practice 1: 21

Mead GH (1968) Geist, Identität und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt aM

Meleis AI (1991) Theoretical nursing: development and progress. 2. Aufl Lippincott, Philadelphia

Orem D (1991) Nursing concepts of practice. Mosby, St. Louis

Orlando IJ (1991) The dynamic nurse – Patient relationship. Putnam, New York

Riehl-Sisca J (1989): Conceptual models for nursing practice. 3. edn Appleton and Lange, Norwalk

Riemann G, Schütze F (1991) »Trajectory« as a basis theoretical concept for analysing suffering and disorderly social processes. In: D Maines (ed) Social organization and social process. de Gruyter, New York

Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg) (1996) Pflegewissenschaft. Grundlagen für Lehre und Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46. Bleicher, Gerlingen

Roes M (1998) Putting theory into practice – Erfahrungen aus der psychiatrischen Praxis. In: Osterbrink J (Hrsg) Erster Internationaler Pflegetheorienkongreß Nürnberg. Hans Huber, Bern 261

Roes M, Schmälzle G, Stern S, Dankemeier D (2003): Umsetzung des Pflegeprozesses auf der Basis von zwei pflegetheoretischen Ansätzen am Beispiel der psychiatrischen Pflege, Abschlussbericht. Charité Campus Benjamin Franklin Druck, Berlin

Schaeffer D (1999) Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege 12: 141

Schaeffer D (2002) Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: D Schaeffer, G Müller-Mundt (Hrsg) Qua-

litative Gesundheits- und Pflegeforschung. Hans Huber, Bern
Schröck R (1991) Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflegetheorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: J Osterbrink (Hrsg) Erster Internationaler Pflegekongress Nürnberg. Hans Huber, Bern
Schütze F (1981) Prozessstrukturen des Lebensablaufs. In: J Matthes et al (Hrsg) Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, Erlangen-Nürnberg 67
Schütze F (1983) Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis 13:3 283
Schütze F (1987) Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. Erzähltheoretische Grundlagen. Studienbrief der Fernuniversität Hagen
Stevens-Barnum B (1994) Nursing theory: analysis, application, evaluation. 4. edn Lippincott, Philadelphia
Strauss A (1994) Grundlagen qualitativer Sozialforschung – Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen Sozialforschung. UTB, München
Strauss A, Glaser B (1975) Chronic illness and the quality of life. Mosby, St. Louis
van Maanen H (1998) Zur Methode der empirisch gestützten Theoriebildung (Grounded Theory) – dargestellt am Beispiel der methodischen Herausforderungen in der Forschungsarbeit mit alten Probanden. In: K Wittneben (Hrsg) Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege – Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung. Thieme, Stuttgart 69
Wittneben K (Hrsg) (1998) Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege – Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung. Thieme, Stuttgart
Woog P (Hrsg) (1998) Chronisch Kranke pflegen – das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ullstein Medical, Wiesbaden
Yura H, Walsh MB (1978) The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. Appleton Century Crofts, New York

3 Gesundheitsförderung in der Psychiatrie: Konzepte und Modelle

Gerhard Huck

3.1 Gesundheit und Krankheit – 40

3.2 Grenzen der Gesundheit: einige Thesen – 44

3.3 Salutogenese: ein Modell der Gesundheitsförderung – 45

3.3.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum – 45
3.3.2 Stressoren als Herausforderung – 46
3.3.3 Das Konzept der Bewältigung – 48
3.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen – 50
3.3.5 Kohärenzgefühl – 51
3.3.6 Das Modell im Überblick – 52

3.4 Pflegerische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung – 54

3.4.1 Eigene Auseinandersetzung mit der Zielsetzung und den Grundgedanken der Salutogenese – 55
3.4.2 Offene Kontaktaufnahme, Pflegeanamnese als Gesundheitsanalyse – 56
3.4.3 Förderung des Gesundheitsbewusstseins – 57
3.4.4 Ressourcenaktivierung und Bewältigungstraining – 58
3.4.5 Förderung durch Beziehungsarbeit – 60
3.4.6 Motivation zu eigenem Gesundheitshandeln – 61

Literatur – 62

In Kürze

Nicht erst seit Einführung der geänderten Berufsbezeichnung »Gesundheits- und Krankenpfleger/-in« ist die Förderung der Gesundheit für die Pflege zum Thema geworden – schon bei der ersten europäischen Pflegekonferenz 1988 wurde die WHO-Strategie »Gesundheit für alle« aufgegriffen und Gesundheitsförderung als wesentlicher Bestandteil eines Pflegeleitbilds für die Zukunft beschrieben. Die Berufsgruppe der Pflegenden wurde in besonderem Maße als geeignet und befähigt erkannt, präventiv und gesundheitsfördernd wirksam zu werden. Deshalb ist auf dem Hintergrund einer bislang traditionell krankheitszentrierten Annäherung an den Patienten nun verstärkt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Gesundheit und dem pflegerelevanten Aufgabenfeld der Gesundheitsförderung vonnöten, die in diesem Kapitel angestoßen werden soll. Besondere Betonung finden dabei die subjektiv erlebbare Dimension von Gesundheit, ein individuell flexibles Verständnis eigener Gesundheit und persönliche Mitverantwortung für deren Erhalt. Als inspirierendes Leitmodell wird Aaron Antonovskys **Salutogenese** vorgestellt, innerhalb dessen spezifische Gesundheitspotenziale ermittelt und in einen systematischen Zusammenhang gebracht wurden.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- verschiedene Modellvorstellungen und Denkansätze zur Relation und Konkurrenz von Gesundheit und Krankheit
- Salutogenese mit ihren Teilelementen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Stressoren- und Bewältigungstheorie, Kohärenzgefühl (SOC) und Generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) als bedeutsames Modell der Gesundheitsförderung
- konzeptionelle Möglichkeiten einer Umsetzung des Salutogeneseansatzes in der psychiatrischen Pflegepraxis
- pflegerische Gesundheitsunterstützung als gezielte Förderung von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, Ressourcen und Bewältigungskompetenz

3.1 Gesundheit und Krankheit

Gesundheit ist fraglos ein hohes menschliches Gut. Vermutlich kein anderer Wunsch verbindet Menschen gleich welcher Abstammung, welchen Alters und Geschlechts mehr als der nach Gesundheit, weil Gesundheit generell als Basis gesehen wird für Leben schlechthin, Lebenserhaltung, Lebensqualität, und dies auf dem Hintergrund der Erfahrung, dass Krankheit nicht nur ausnahmsweise, sondern eher fortwährend unser Leben überschatten und bedrohen kann. Solange keine krankheitsbedingten Einschränkungen des Lebensvollzugs auftreten, wird Gesundheit meist nicht direkt wahrgenommen. Erst wenn die Selbstverständlichkeit zu leben durch eine akute Erkrankung, eine plötzliche Behinderung verloren geht, wird Gesundheit bewusst und zum erstrebenswerten Zustand erhoben, den es möglichst rasch wieder zu erreichen gilt. »Wer gesund ist, hat tausend Wünsche, wer krank ist, nur einen, wieder gesund zu werden.« (Schmid, 2000, S. 142)

Was aber verbirgt sich hinter den Begriffen Gesundheit und Krankheit? Menschen im Alltag stellen sich darunter etwas anderes vor als medizinische Fachleute oder Wissenschaftler – und insbesondere für mit psychischer Krankheit konfrontierte Menschen haben diese Begriffe einen besonderen existenziellen Stellenwert: gibt es dennoch die Chance, gesund und normal zu leben oder bleibt nur noch chronische Krankheit als Perspektive?

Ist Gesundheit lediglich das Nichtvorhandensein von Krankheit, ein objektiv fassbarer, wissenschaftlich definierter Zustand, ein »normal« funktionierender Organismus mit biologischen Parametern, die nicht von statistisch erstellten Normbereichen abweichen? Das dahinter stehende **biomedizinische Krankheitsmodell** der wissenschaftlich-medizinischen Entwicklung des 19. und 20. Jahrhunderts geht von einer sog. Dichotomie, Zweiteilung aus: entweder gesund oder krank, nicht behandlungsbedürftig oder behandlungsbedürftig, wobei die Medizin anhand vordefinierter Normen eine scheinbar eindeutige Zuordnung trifft und den Betroffenen entsprechend als gesund oder krank definiert, gesund- oder krankschreibt. In jüngster Zeit hat sich jedoch gezeigt, dass sich durch gezielte Veränderung

von Definitionen, was (noch) normal bzw. gesund ist, die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit auf dem Hintergrund wirtschaftlicher Interessen willkürlich verschieben lässt, wie ein Spiegel-Artikel zum Thema »Die Abschaffung der Gesundheit« eindrücklich aufgezeigt hat (Der Spiegel, 33/2003). Demzufolge ließe sich ironisch zugespitzt formulieren: »Wer gesund ist, wurde nur noch nicht gründlich genug untersucht!« Das biomedizinische ist ein pathogenetisches Modell, das in reduktionistischer Weise die Pathologie einer Krankheit fokussiert, u.a. Risikofaktoren und Stressoren als Krankheitsverursacher brandmarkt und dabei allzu oft monokausale Denkmuster aufweist – die Bekämpfung der einen schädigenden Krankheitsursache durch wirksame Heilmittel stellt die Gesundheit, das Gleichgewicht (Homöostase) wieder her.

Im Laufe der Zeit wurde jedoch erkannt, dass eindimensionale Verursachungstheorien empirisch nicht haltbar sind. Daraus folgte das differenziertere **biopsychosoziale Modell** des Psychiaters Engel (Engel, 1979, S. 63ff), das neben biologischen auch psychologische und soziale Krankheitsfaktoren berücksichtigt, aber dennoch mit dem verengten Blick auf Störungen und Risiken der pathogenetischen Sichtweise verhaftet blieb. Menschen lassen sich jedoch nicht allein auf ihre Krankheitsfaktoren reduzieren, sondern können sich, wie unzählige Lebensläufe beweisen, trotz krankheitsbedingter Einschränkungen gesund und leistungsfähig fühlen. Ein erkrankter Funktionsbereich bedeutet noch nicht, dass der ganze Mensch krank sein muss.

Neuere Modellvorstellungen (Abb. 3.1) versuchen die unangemessene Dichotomie zu überwinden, indem sie davon ausgehen, dass Gesundheit und Krankheit sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern als Pole eines Kontinuums gedacht werden können, zwischen denen sich der Mensch ständig in Bewegung befindet: er ist nicht entweder gesund oder krank, sondern jeweils mehr oder weniger gesund oder krank (z. B. das Salutogenesemodell Antonovskys). Gesundheit und Krankheit lassen sich demnach nur mit fließenden Übergängen bzw. einem gleichzeitigen Nebeneinander gesunder und kranker Anteile denken. Begriffe wie Genesung, Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Gesundheitspflege bekommen so eine realistischere Dimension.

Weiterführende Denkansätze versuchen Gesundheit und Krankheit als unabhängige Faktoren, als zwei Achsen eines Koordinatensystems, die den Menschen in einer verschiebbaren Balance zwischen gesunderhaltenden und krankmachenden Bedingungen sehen, zu fassen (z. B. das Zwei-Faktoren- bzw. Balancemodell von Mark u. Lutz): »Man ist subjektiv krank oder behandlungsbedürftig, wenn die Balance zwischen gesunderhaltenden und krankmachenden Bedingungen zuungunsten von Gesundheit verschoben ist. Man fühlt sich dann gesund, wenn gesunderhaltende Bedingungen überwiegen.« (Lutz, 1995, S. 80)

So schwierig und unterschiedlich wissenschaftliche Abgrenzungen zwischen Gesundheit und Krankheit auch sein mögen, für Menschen im Alltag ist meist das subjektive Empfinden entscheidend: es kommt ihnen darauf an, sich gesund zu *fühlen*! Gesund zu sein bedeutet für sie mehr als nur keine Krankheiten zu haben. Wissenschaftliche Interviewstudien bezüglich der Frage, welche Vorstellungen von Gesundheit in der Bevölkerung verschiedener Länder vorherrschen, ergaben über-

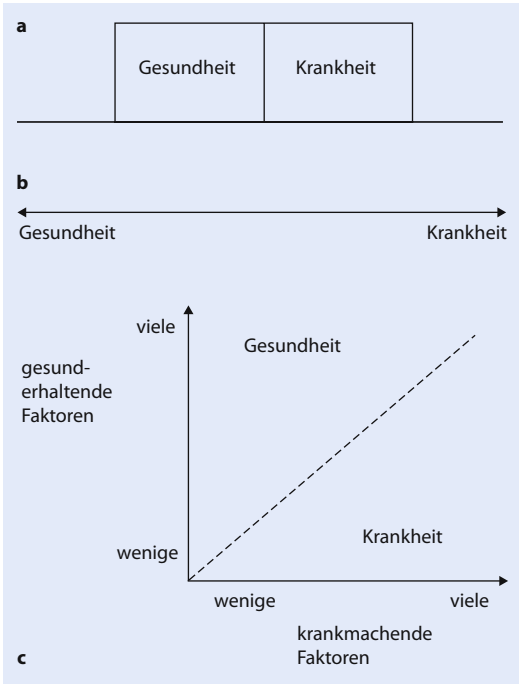


Abb. 3.1a–c. **a** Dichotomes, **b** Kontinuums- und **c** Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit

einstimmend 4 zentrale Dimensionen (Faltermaier, 1998, S. 39):

1. Gesundheit als Vakuum, als Abwesenheit von Krankheit: »die Organe schweigen«, ein positiver Inhalt fehlt;
2. Gesundheit als Handlungs- und Leistungsfähigkeit: die zentralen Aufgaben (z. B. Arbeit) und Rollen des Alltagslebens können erfüllt werden;
3. Gesundheit als Stärke und Energiereservoir: das »Kapital« an körperlicher und psychischer Energie, Robustheit und Widerstandsfähigkeit;
4. Gesundheit als Wohlbefinden und harmonisches Gleichgewicht: körperliche und psychische Stabilität, Lebensfreude und Zufriedenheit, idealer Zustand des Ausgleichs zwischen persönlichen Möglichkeiten und sozialen Anforderungen.

Als Bestätigung dieses mehrdimensionalen Gesundheitsverständnisses seien hier noch die spontanen Äußerungen einer Gruppe psychiatrischer Patienten angefügt zu der Frage, welche Merkmale von Gesundheit ihnen wichtig seien: positive Einstellung gegenüber dem Leben, Probleme meistern können, Zufriedenheit, Wohlbefinden, sein Leben bejahen können, organische Gesundheit.

Definition

Gesundheit als subjektive Dimension ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, bedeutet einen positiv erlebten Zustand, persönliches Wohlbefinden, Verwirklichung eigener Fähigkeiten und Potenziale, gelingende Anpassung, Teilnahme am Lebensvollzug.

Was aber bedeutet im Gegensatz dazu Krankheit? Analog den Ausführungen zur Gesundheit muss auch hier eine Unterscheidung zwischen evtl. medizinisch objektivierbarer Krankheit und subjektiv erlebtem Kranksein getroffen werden. Ein Mensch kann sich trotz diverser pathologischer Einzelbefunde, die ihn medizinisch längst als krank definieren würden, gesund fühlen. Entscheidend ist auch hier die subjektiv erlebte Perspektive.

Definition

Subjektives Kranksein bedeutet, leiden zu müssen unter Beschwerden und Schmerzen, die Leichtigkeit und Selbstverständlichkeit des Seins verloren zu haben, zu Rückzug und Inaktivität gezwungen zu sein, sich vom normalen Leben und Lebensvollzug mehr oder weniger abgeschnitten zu fühlen.

Bestätigend wirkt in diesem Zusammenhang die Etymologie der Krankheitsbegriffe verschiedener europäischer Sprachen, in denen vorwiegend ein subjektives Erleben zum Ausdruck kommt. Das englische »disease« bedeutet Fehlen der Leichtigkeit, Unbeschwertheit, das griechische »pathos« Leiden, das französische »maladie« rührt von »male habitus: in einem schlechten Zustand befindlich« her, das russische »boljezn« leitet sich von »bol: Schmerz« ab und das dänische »syg« meint ursprünglich so viel wie besorgt, beunruhigt (Zitterbarth, 1995, S. 31).

Dass medizinisch-objektiver Befund und subjektives Empfinden oft nicht miteinander übereinstimmen, verdeutlicht jenes Beispiel, in dem ein sich bis dahin gesund fühlender Arztbesucher die Diagnose »Hypertonie« erhält und daraufhin medikamentös behandelt wird; trotz einer objektiv feststellbaren Stabilisierung des körperlichen Zustands auf medizinischer Ebene wird bei ihm plötzlich »disease« im wörtlichen Sinne ausgelöst: er ist auf einmal Patient, fühlt sich auf Grund seiner Diagnose besorgt und krank und verliert somit die bisherige gesunde Unbeschwertheit.

Gerade weil Krankheit subjektiv so negativ und lebensfeindlich erlebt wird, ist das aktive Bemühen um Gesundheit heute für viele Menschen lebenswichtig geworden. Doch dies ist nicht erst eine neuzeitliche Entwicklung. Schon in der Antike galt Gesundheit nicht als Normalzustand, sondern als Ergebnis rechter Lebensführung, eigener Leistung und persönlicher Verantwortung, während krank zu sein bedeutete, durch Fehler in der Lebensführung aus dem Gleichgewicht der kosmischen Ordnung geraten zu sein. Auch bei Paracelsus im ausgehenden Mittelalter wurde Gesundheit nicht als naturhafte Verfassung, sondern vielmehr als menschliche Möglichkeit und Aufgabe betrachtet. Trotz der verbleibenden schicksalhaften Komponente von Krankheit

und Gesundheit hat doch allgemein der *Anteil persönlicher Mitverantwortung an der Gesundheit* und Gesunderhaltung eine lange Tradition innerhalb der medizinischen Heilkunde.

Nichtsdestotrotz sind Gesundheit und Krankheit zwei Realitäten, die, wie es der Philosoph Wilhelm Schmid ausdrückt, der »Widerspruchsstruktur des Lebens« entsprechen und ein Stück weit so natürlich sind wie menschliches Werden und Vergehen, Wachsen und Welken, Leben und Tod. Es gibt gar extrem weit gefasste Vorstellungen von Gesundheit, die selbst die Perspektive der Vergänglichkeit des Lebens noch unter dem Begriff Gesundheit zu fassen versuchen: »Gesundheit heißt, Tod und Leben zu kennen und als Einheit zu begreifen…« (Sarnow-Wlassack, 2002). So betrachtet ist es nicht eine Folge zunehmender Krankheit, letztendlich sterben zu müssen, sondern natürlich. Ähnlich weit hat Antonovsky formuliert (Antonovsky, 1997, S. 23): »Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.«

Gesundheit und Krankheit bedingen sich aber auch in ergänzender Weise gegenseitig: wie Wechsel ein grundlegendes psychologisches Prinzip ist, Genuss und Askese notwendig zusammen gehören, »variatio delectat« (die römische Maxime, dass Abwechslung erfreut), so erhält Gesundheit ihren lebensgeschichtlichen Wert erst auf dem Hintergrund von fremden oder eigenen Krankheitserfahrungen. Krankheit kann positiv verstanden werden als Signal, als notwendige Krise, als schützende Funktion, um durch kreative Leistung des Organismus Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Die Interpretation der Krankheit als Chance, sich weiter zu entwickeln, muss jedoch vorrangig dem Betroffenen vorbehalten bleiben – von Außenstehenden angeboten, mag sie eher zynisch wirken. Und nicht zuletzt kann auch der Umgang mit Krankheiten auf kranke oder gesunde Weise, destruktiv oder trotz allem lebensbejahend, geschehen.

Zumindest für den, der sich in irgendeiner Weise mit Krankheit konfrontiert sieht, insbesondere für den psychisch belasteten Menschen, ist Gesundheit in subjektiver Perspektive keine Selbstverständlichkeit mehr, sondern ein persönliches Ringen um Widerstandsfähigkeit und Selbstverwirklichung, ein aktiver Prozess der Sorge um sich selbst und das eigene Leben und erfordert dazu die gezielte Aktivierung und Entfaltung aller verfügbaren Ressourcen, um soweit möglich am normalen Leben teilnehmen zu können.

In Anbetracht dessen, dass Gesundheit als ein wesentliches Element von Lebensqualität empfunden wird, wie es selbst eine Umfrage unter schizophrenen Heimbewohnern noch bestätigt hat (Hantikainen et al., 2001, S. 106ff), lässt sich jedoch interessanterweise beobachten, dass objektive Lebensbedingungen allein kein verlässlicher Gradmesser für Lebensqualität und Wohlbefinden sind. Entscheidend ist vielmehr die individuell-subjektive Einschätzung der Lebenssituation. Da findet sich zum einen das **Zufriedenheitsparadox**, das durch subjektiv zufriedene Individuen trotz objektiv schlechter Lebensbedingungen gekennzeichnet ist, zum anderen das **Unzufriedenheitsdilemma**, geprägt von guten objektiven Lebensbedingungen, aber schlechtem subjektivem Wohlbefinden (Abb. 3.2). Mit anderen Worten: Es kann Menschen auch in schwierigen Lagen gelingen, Wohlbefinden aufrecht zu erhalten, während andere trotz objektiv guter Lebensbedingungen unzufrieden sind (Glatzer, 1992).

Zu fragen ist, wo diese Zufriedenheit ihren Quellen hat und durch welche Umstände und persönlichen Voraussetzungen sie ermöglicht wird. Es scheint nahe liegend, dass dabei u. a. eine lebens-

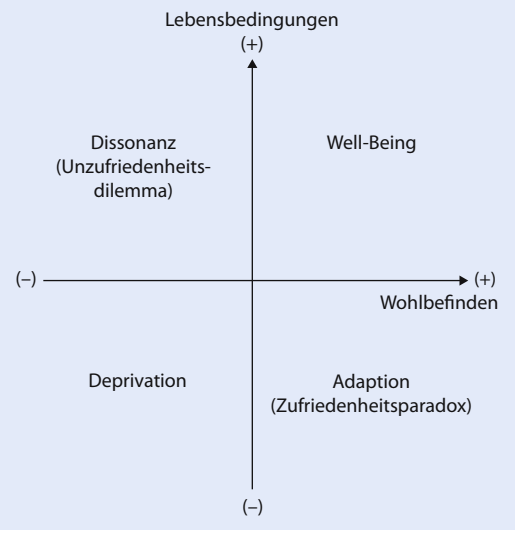


Abb. 3.2. Zufriedenheitsparadox und Unzufriedenheitsdilemma

bejahende Grundeinstellung sowie persönliche Anpassungsleistungen und individuelles Bewältigungsverhalten, wie sie Antonovsky in seinem Salutogenesekonzept herausgearbeitet hat, eine wesentliche Rolle spielen.

Gesundheitsförderung im Umgang mit psychisch kranken Menschen muss all diese grundlegenden Aspekte mit bedenken. Auf dem Hintergrund des oftmals chronischen Verlaufs psychischer Erkrankungen erscheint es wichtig, gerade die subjektiven Anteile der Gesundheit, persönliches **Gesundheitsbewusstsein** und **Gesundheitshandeln**, gezielt ins Auge zu fassen und zu bearbeiten, um die Betroffenen nicht dem negativen Sog stigmatisierender psychiatrischer Diagnosen zu überlassen, sondern ihnen trotz ihrer Erkrankung mehr Lebensqualität und Wohlbefinden zu ermöglichen.

Individuelles Gesundheitsbewusstsein und aktives Gesundheitshandeln psychisch kranker Menschen sind zwei wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung in der Psychiatrie.

3.2 Grenzen der Gesundheit: einige Thesen

1. Gesundheit ist relativ:
   Gesundheit ist kein absoluter, losgelöster Wert an sich, kein Selbstzweck, sondern lediglich eine günstige Grundkonstellation, um sich ungehindert entfalten und verwirklichen zu können; wer für die Gesundheit selber lebt und sich auf sie konzentriert, steht paradoxerweise in der Gefahr, sie eben dadurch zu verlieren, indem er nicht frei ist für das Leben selbst, sondern sich in Sorge um die eigene Gesundheit erschöpft und verzehrt. Gesundheit ist nur bedeutsam in Relation, d. h. in Beziehung zu anderen Werten, für die es sich zu leben lohnt: für eine Aufgabe, eine Sinnsetzung, einen eingeschlagenen Weg, den es fortzusetzen gilt.
2. Gesundheit ist ohne Leiden nicht zu haben (Dörner, 2003):
   Der Wunsch nach einem Leben ohne Störungen, Belastungen, Erschwernisse und Verluste ist ein unrealistischer, wenn nicht gar süchtiger Wunsch. Erst schicksalhafte Grenzerfahrungen, Not, Schmerz, Krankheit, Scheitern geben dem menschlichen Leben Tiefgang, Einsicht, Reife und Weisheit. Ja selbst der lustvollste Aspekt des Lebens, die Liebe, wird schon im Mittelalter wesentlich mit Leid verwoben geschildert, so beispielsweise in »Tristan und Isolde«: »… Leid kommt wohl ohne Lieb' allein, Lieb' kann nicht ohne Leiden sein.« Leiden gehört unabänderlich mit zum Menschsein, auch wenn in Folge einer falschen Gesundheitsideologie der Wahn von einem schmerz- und leidensfreien Leben vor allem unter der jüngeren Generation weit verbreitet ist, eine »Kultur der Analgetika«, wie sie bereits vor 25 Jahren der polnische Philosoph Leslek Kolakowski beschrieben hat (Kolakowski, 1980, S. 106ff). Ein modernes Gesundheitsverständnis wird nicht durch Erfahrungen von Schmerz und Leid aus den Angeln gehoben, sondern erweist sich gerade darin als sich bewährende Gesundheit.
3. Gesundheit braucht Selbstfürsorge:
   Der Philosoph Schmid bezeichnet als Gegenteil der Gesundheit nicht die Krankheit, sondern die Sorglosigkeit im Hinblick auf sich selbst und das eigene Leben, womit Nachlässigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Gesundheit gemeint sind. Umgekehrt nennt er die Sorge des Selbst um sich als bedeutenden Gesundheitsfaktor, und zwar als Sorge um den Körper und Sorge um die Seele, die aber nicht nur direkt, sondern auch auf dem Umweg über den Körper – psychosomatisch – zu pflegen ist, weil seelische und körperliche Verfassung eng miteinander verbunden sind. Psychotherapie und Physiotherapie nennt Schmid als Eigenstrategien eines im ursprünglichen Sinn von therapeia gemeinten sorgsamen und pfleglichen Umgangs mit sich selbst (Schmid, 2000, S. 142ff).
4. Gesundheit will Beanspruchung (Dörner, 2003)
   Wenn auch herkömmlich gilt, den Kranken zu entlasten, um ihn schneller gesunden zu lassen, so ist die permanente Befreiung von Last und Beschwernis nicht gesundheitsförderlich, sondern führt eher zu einem entleerten Leben. Wie die Muskeln des menschlichen Körpers, wenn sie über längere Zeit nicht gebraucht und trainiert werden, atrophieren, an Substanz und Kraft verlieren, so braucht auch gesundes Leben Belas-

tung, tragbare Last, die ihm Schwere, Gewicht und Bedeutung verleiht. Es kann also, mit der bekannten Metapher Antonovskys ausgedrückt, nicht darum gehen, trockenen Fußes durchs Leben zu gehen, sondern ein guter Schwimmer im Strom des Lebens zu werden.

5. Gesundheit heißt mit der Krankheit leben (Dörner, 2003):
   Der Heilungsglaube und -anspruch der modernen Medizin findet an der Realität chronischer Erkrankungen seine Grenze. Lange Zeit galten chronisch Kranke als eher hoffnungslose Fälle der Medizin, sie wurden als »unheilbar krank« betrachtet und an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Erschreckende Konsequenz solchen Denkens waren die Euthanasieargumente und -aktivitäten der NS-Medizin. Gerade auf diesem Hintergrund ist der Gesundheitsaspekt bei chronisch psychisch kranken Menschen heute so wichtig und bedeutsam: auch unter den Bedingungen von Krankheit ein sich selbst verwirklichendes Leben führen zu können. Deshalb kann Gesundheit als flexible Anpassungsleistung bedeuten, mit der Krankheit zu leben bzw. leben zu können. Ganz in diesem Sinne formuliert Nietzsche »Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.«

3.3 Salutogenese: Ein Modell der Gesundheitsförderung

Seit geraumer Zeit schon geistert der Begriff der »Salutogenese« durch die medizinisch-therapeutische Szene. Obwohl das Aufsehen erregende Konzept des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky bereits seit 1979 existiert und in zwei einflussreichen Büchern: »Health, stress and coping« (1979) und »Unraveling the mystery of health« (1987) publiziert wurde, erschienen erst 1997 dessen Veröffentlichungen in deutscher Sprache. Seitdem jedoch ist eine zunehmende Rezeption der wesentlichen Gedanken und Inhalte dieses Konzepts auch im psychiatrischen Umfeld zu beobachten, nicht zuletzt im Bereich der Pflege.

Das überraschend Neue an Antonovskys Ansatz ist die veränderte Blickrichtung weg von Krankheiten und Krankheitsursachen hin zu Gesundheit, Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung. Statt dem abwärtsgerichteten Sog einer medizinischen Fixierung auf Krankheit, Krankheitsursachen und -risiken, erzeugt das Salutogenesemodell einen kräftigen Aufwärtssog in Richtung Alltagsgesundheit. Statt des einseitigen Starrens auf psychopathologische Phänomene und der Armut fast ausschließlich medikamentöser Therapie eröffnet sich ein erweiterter Aufgabenbereich therapeutischer Bemühungen. Endlich eine hoffnungsvolle Perspektive auch für von chronischer Krankheit Betroffene und gleichzeitig eine ermutigender Lichtblick für Behandler, Mediziner, Therapeuten und Pflegende. Mutmachend vor allem deshalb, weil Gesundheit bei Antonovsky nicht als Idealzustand gesehen wird, frei von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, sondern als sich bewährende Lebensqualität inmitten alltäglicher Belastungen, Risiken und Herausforderungen. So wird nicht vorrangig gefragt, wie möglichst effektiv Störfaktoren der Gesundheit beseitigt werden könnten, sondern, wie es zu erklären ist, dass Menschen trotz vielfältiger gesundheitsgefährdender Einflüsse und extremer Belastungen sich gesund und leistungsfähig fühlen können.

Antonovskys Ideen entstammen der Stress- und Bewältigungsforschung. So führte ihn eine Untersuchung an Frauen über die Auswirkungen der Wechseljahre, bei der er feststellte, dass eine Gruppe ehemals in einem Konzentrationslager inhaftierter Frauen trotz dieser traumatischen Erlebnisse eine relativ gute psychische Gesundheit aufwies, zu den salutogenetischen Grundfragen:

- Wie kommt es, dass eine Person trotz zahlreicher krankheitserzeugender Bedingungen ihre Gesundheit bewahrt?
- Wie entsteht oder erhält sich Gesundheit?
- Welche Einflussfaktoren fördern Gesundheit?

3.3.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Gesund oder krank? Die wissenschaftliche Medizin, das medizinische Versorgungssystem und insbesondere die Krankenkassen brauchen möglichst klare Unterscheidungen. Gestörte Organfunktionen und

Abweichungen messbarer somatischer Parameter von der gesetzten Norm liefern die Kriterien, nach denen Menschen medizinisch als gesund oder krank, behandlungsbedürftig oder nicht behandlungsbedürftig einzustufen sind. Diese Auftrennung in zwei scheinbar klar unterscheidbare Gruppen von Gesunden und Kranken entspringt der herkömmlichen dichotomen Denkweise, die Antonovsky mit seinem Konzept eines *multidimensionalen* **Gesundheits-Krankheits-Kontinuums** überwinden will, weil sie nicht der komplexen Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen entspricht. Menschen sind nicht nur krank, sondern immer auch, zumindest in Teilbereichen ihres Lebens, gesund. Sie können sich mehr oder weniger gesund oder krank fühlen, trotz chronischer krankheitsbedingter Einschränkungen ein aktives bejahenswertes Leben führen und kranke Anteile durch gesunde Stärken kompensieren.

Antonovsky geht von zwei Polen aus, optimaler Gesundheit (»health-ease«) auf der einen und minimaler Gesundheit bzw. Krankheit (»dis-ease«) auf der anderen Seite, zwischen denen sich die Menschen auf einer gedachten Kontinuumslinie dynamisch hin und her bewegen. Gesundheit und Krankheit werden als kontinuierlicher Übergang gedacht, unter Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen von körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit, körperlichem und psychischem Wohlbefinden, Handlungs- und Leistungsfähigkeit, aber auch Beschwerden und medizinisch fassbaren Erkrankungen.

Beide Pole sind als Extrempositionen nicht erreichbar. Gesundheit als ein »Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens«, wie die WHO 1946 formuliert, ist illusorisch, wenn auch die Erwähnung der verschiedenen Ebenen bedeutsam ist. Gesundheit dagegen als »ein Zustand, gekennzeichnet durch relativ gute Anpassung, Gefühle des Wohlbefindens und die Verwirklichung der eigenen Potenziale und Fähigkeiten«, eine Definition Wolmans aus dem Jahr 1973, kommt sowohl der individuell empfundenen Wirklichkeit als auch den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Gesundheitsforschung wesentlich näher.

Antonovsky selbst hat Gesundheit bewusst begrifflich nicht definiert, wohl wissend, dass Gesundheit stets veränderlichen kulturellen und gesellschaftlichen Normen unterliegt und eine starre Festlegung willkürlich wäre. Er empfiehlt vielmehr mit seiner Kontinuumsvorstellung, sich bei der Einschätzung des Gesundheitszustands einer Person nicht in verengter Sicht nur auf krankheitsauslösende Faktoren zu beschränken, sondern in ganzheitlicher Weise deren Lebensgeschichte in Erfahrung zu bringen und zu betrachten, unter Berücksichtigung auch der gesunderhaltenden Ressourcen und Widerstandskräfte, was eine wesentlich differenziertere Einschätzung ermöglicht. Welche Kräfte haben Menschen den Stressoren, Risiken und Gefährdungen entgegenzusetzen? Was könnte ihnen förderlich sein, sich auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheitspol zu bewegen?

Wer meint, ein solches Kontinuumsmodell entspringe eher akademischem Denken und sei z. B. für die psychiatrische Arbeit nicht von Belang, der irrt. In der Praxis hat sich gezeigt, dass Patienten ihre Erkrankung in ganz anderem Lichte sehen und bewerten können, wenn Gesundheit auch bei chronischer Erkrankung als nicht grundsätzlich verloren gilt, sondern eine kontinuierliche Annäherung möglich ist. Die Krankheit einerseits akzeptieren zu lernen, soweit möglich zurückzudrängen versuchen, andererseits aber doch auch gesund zu leben, d. h. möglichst selbstständig mit sich zurechtzukommen und handlungsfähig zu bleiben, ist eine ermutigende, selbstwertfördernde Perspektive.

3.3.2 Stressoren als Herausforderung

Antonovskys Modell entstammt, wie schon erwähnt, der Tradition der Stressforschung. Deren zentrale Fragestellung ist die Bedeutung und Bewertung von Reizen, sog. Stimuli, als Stressoren, d. h. potenzielle Stressverursacher. Stressoren sind Reize, für die wir keine automatische Reaktion parat haben, die folglich einen Spannungszustand in uns auslösen, weil wir nicht selbstverständlich wissen, wie wir reagieren sollen. Ein Stressor wird definiert als »eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, Energie verbrauchende Handlung erfordert« (Antonovsky, 1979, S. 72).

»Stress« ist geradezu *der* Schlüsselbegriff für die vielfältigen Belastungen des heutigen Menschen. Stresserfahrungen reichen von Zeitdruck, kurzfristiger Überforderung, Arbeitsüberlastung, Beziehungsproblemen bis hin zu chronischer Anspannung, existenziellen Krisen und traumatisch erlebten schicksalhaften Lebensereignissen bzw. -übergängen. Stress macht krank, sagen die einen – ohne Stress geht es nicht, die anderen. Denn Stress ist im Grunde eine natürliche Reaktion des Organismus auf eine als Belastung oder Bedrohung empfundene Situation, die bei allen Lebewesen beobachtet werden kann. Der Organismus wird durch Hormonausschüttung in Alarmbereitschaft und in die Lage versetzt, kurzfristig Hochleistung zu vollbringen – zu kämpfen oder zu fliehen (»fight-flight-response«).

Im Unterschied zur klassischen Stressforschung sind nach dem salutogenetischen Konzept Antonovskys Stress auslösende Faktoren:

1. nicht grundsätzlich gefährdend und schädlich für die Gesundheit und
2. normale Herausforderungen, die im modernen Alltagsleben nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel sind. Je besser Menschen damit zurechtkommen, desto widerstandsfähiger und gesünder können sie werden.

Antonovsky unterscheidet zwischen physikalischen, biochemischen und psychosozialen Stressoren, wobei letztere noch in chronische Belastungen, Stress-Lebensereignisse (z. B. Ablösung vom Elternhaus, Todesfall, Scheidung, Kündigung, Karrieresprung) und tägliche Widrigkeiten untergliedert werden. Während sich bei den ersten beiden Gruppen (schädliche Einflüsse durch Unfälle, Katastrophen, Waffengewalt, Hungersnot, Umweltnoxen, Bakterien und Viren) in gewissem Umfang noch eine pathogenetische Betrachtungsweise und Bekämpfung lohnt, ist dies bei psychosozialen Stressoren, die mehr und mehr unseren Lebensvollzug bestimmen, allein nicht mehr möglich, denn es gibt keinen Weg, sie gänzlich zu umgehen und zu vermeiden, sie müssen alltäglich bewältigt werden. Diese Sichtweise hat Antonovsky anhand einer *Flussmetapher* anschaulich verdeutlicht:

Die traditionelle Medizin und Therapie sieht Lebenseinflüsse wie Stresserfahrungen, Krisen, Schicksalsschläge und Krankheit als generell schädlich an, versucht bildlich gesprochen, den Menschen aus den bedrohlichen Fluten des Flusses zu retten und ihm schnell wieder festen Boden unter den Füßen zu verschaffen, was jedoch in den wenigsten Fällen gelingt. Die Salutogenese dagegen sieht den Menschen nicht trockenen Fußes am Ufer spazieren, sondern ständig mitten im wechselvollen Strom des Lebens befindlich, aus dem es keine Rettung gibt, es sei denn, darin ein guter Schwimmer zu werden. Sie will ihn trainieren und ermutigen, mit Widrigkeiten im Leben zu rechnen, sich möglichst gut dagegen zu wappnen und Widerstandskräfte zu mobilisieren. Sie will ihn dahin führen, auch mitten in der Strömung den Kopf über Wasser zu halten, d. h. ein routinierter Schwimmer zu sein, der trotz aller Risiken auf das Tragende des Lebensstroms vertraut und an den gemeisterten Herausforderungen über sich hinauswächst.

Fachsprachlich wird dieser gegensätzliche Denkansatz in den Begriffen *Homöostase* und *Heterostase* gefasst. »Menschen bleiben nicht von selbst in einem (Gesundheits-)Gleichgewicht (Homöostase), das nur von gelegentlichen Störungen (Erkrankungen) unterbrochen wird, sondern sie sind einer Flut von Stimuli ausgesetzt, die fortdauernd Anpassungsleistungen und aktive Bewältigung erfordern (Heterostase). Damit sind Stressoren gleichzeitig Motor für Wachstum und Weiterentwicklung.« (Franke, 2001)

In den bisherigen Ausführungen ist eine sachliche Nähe zu dem bekannten Stress-Vulnerabilitäts-Bewältigungsmodell der Psychosen deutlich erkennbar: »Vor allem chronische Überforderungssituationen, aber auch kritische Lebensereignisse können bei entsprechender Vulnerabilität und eingeschränkten Bewältigungsmöglichkeiten eine Psychose begünstigen«, so der Textlaut einer neueren Informationsbroschüre, die dann aber in salutogenetischem Sinne weiter ausführt: »je besser wir mit Belastungen umgehen können, umso eher bleiben wir gesund […] Menschen mit guten Bewältigungsmöglichkeiten sind besser vor der Entwicklung einer Psychose geschützt, die Bewältigungskompetenzen setzen die Schwelle, an einer Psychose zu erkranken, herauf.« (Broschüre der Früherkennungs- und Frühinterventionszentren der Universitätskliniken Köln und Bonn und der Arbeitsgruppe Schizophreniefor-

schung am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim in Kooperation mit dem Kompetenznetz Schizophrenie: Früh erkennen Früh behandeln.)

3.3.3 Das Konzept der Bewältigung

In Übernahme und Weiterentwicklung der bisherigen Bewältigungsliteratur, insbesondere des Konzepts von Lazarus, einem der einflussreichsten Stressforscher, hat Antonovsky einen mehrgliedrigen Bewertungsprozess beschrieben, der zu skizzieren versucht, wie Menschen subjektiv mit Belastungen bzw. Stressoren umgehen und diese zu bewältigen versuchen (Abb. 3.3). Ausgehend von einem auslösenden Stimulus wird eine erste grobe kognitive Unterscheidung getroffen: handelt es sich um einen Stressor oder nicht? (*primäre Bewertung I*) Im Falle einer Beurteilung als Nichtstressor erfolgt eine routinemäßige Bearbeitung mit Hilfe verfügbarer Ressourcen. Wird der Stimulus jedoch als Stressor eingeschätzt, entsteht ein Spannungszustand mit erhöhter psychophysiologischer Aktivität und emotionaler Erregung. Daran schließt sich eine eher emotionale Bewertung an: Ist der Stressor für das eigene Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant? (*primäre Bewertung II*) Wenn die Antwort günstig oder irrelevant lautet, (wobei zu bedenken ist, dass ja auch positive Ereignisse ein starker spannungsverursachender Stimulus sein können), dann geschieht schnell eine Umwertung von Stressor zu Nichtstressor. Erscheint das eigene Wohlbefinden jedoch als gefährdet, so wird im Rahmen einer *primären Bewertung III* eingeschätzt, inwieweit einerseits die Lösung instrumenteller Probleme, andererseits die Regulierung von Emotionen möglich ist. Je nach Ausgangslage der betroffenen Personen werden bei den einen zielgerichtete Emotionen, z. B. Hoffnung und Aufregung ausgelöst, die in eine motivierte Handlungsbereitschaft münden, bei den anderen dagegen diffuse Emotionen, wie z. B. Hoffnungslosigkeit, Wut oder Apathie, die eine eher lähmende Wirkung haben und zu Abwehr oder Aufgabe führen.

Im Falle eines aktiven Bewältigungsprozesses, der sich mit dem Stressor auseinanderzusetzen bereit ist, erfolgt nun als *sekundäre Bewertung* die subjektive Wahrnehmung, welche Ressourcen bzw. Kompetenzen für die Bewältigung zur Verfügung stehen und ausgewählt werden können, woraus dann die eigentliche spannungslösende Bewältigungshandlung, die praktische Umsetzung resultiert, die in der Regel sowohl instrumentelle als auch emotionsregulierende Elemente enthält.

Schließlich wird als *tertiäre Bewertung* das Ergebnis des Handlungsablaufs bewertet: War der Bewältigungsversuch erfolgreich, konnte die Herausforderung gemeistert werden oder ist der Versuch gescheitert, die Last geblieben? Aus einer positiven Bewertung ergibt sich ein selbstbestätigender, gesundheitsfördernder Effekt, aus einer negativen Bewertung dagegen ein Dis-Stress förderndes Feedback, das, sofern es sich häufiger wiederholt, krankmachend sein kann.

Ein Bewältigungsprozess ist durch zwei Variablen geprägt: die konkrete Situation der Anforderung und die individuellen Voraussetzungen der Person. Bezüglich der zweiten Variable vertritt nun Antonovsky als Kernergebnis seiner Forschungen die These, dass es zwei wesentliche Faktoren gibt, die es Menschen ermöglichen, erfolgreicher zu sein im Umgang mit Stressoren:

1. ein breites Repertoire an **generalisierten Widerstandsressourcen** und
2. ein starkes **Kohärenzgefühl**.

Wenn sich auch Stressoren generell nicht umgehen lassen, so kann die durch sie ausgelöste Spannung jedoch durch angemessene Bewältigung aufgehoben werden, sodass sie nicht in krankmachenden negativen Stress transformiert wird. Spannungsauslösende Situationen werden auf Grund oben genannter salutogenetischer Wirkfaktoren eher als Herausforderung denn als Bedrohung bewertet, Probleme werden realistischer wahrgenommen und identifiziert, geeignete Ressourcen zur Problembewältigung mobilisiert. Wiederholt gelingende Bewältigungsprozesse vergrößern das Reservoir positiver Lebenserfahrungen, haben eine bestätigende, stärkende Wirkung und sind damit nach der Einschätzung Antonovskys bedeutsam für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit.

Eine anstehende Prüfung beispielsweise könnte ein bedeutsamer Stressor sein und für den Fall, dass geeignete Bewältigungskompetenzen fehlen,

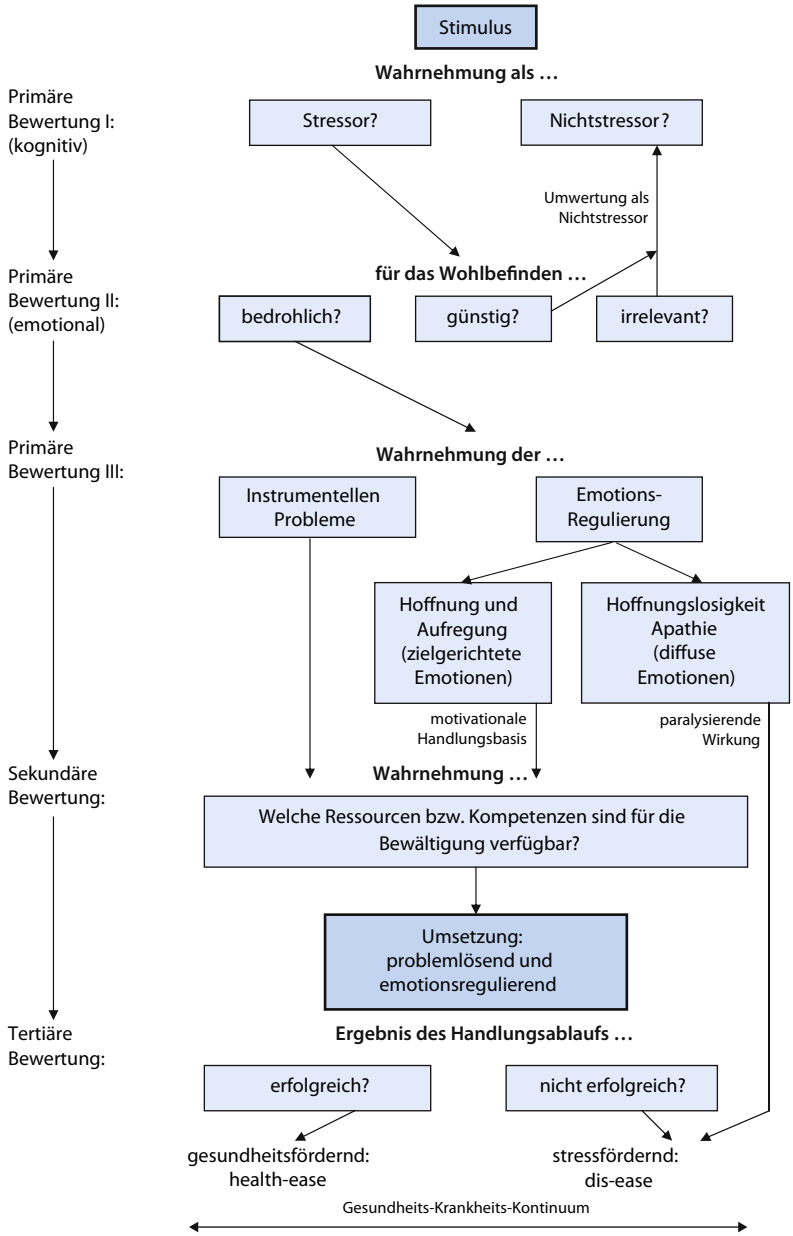


Abb. 3.3. Der Bewertungsprozess der Bewältigung

eine ernsthafte Bedrohung darstellen. Ist der Prüfungsanwärter jedoch in der Lage, sich eine sinnvolle und praktikable Lösungsstrategie zu erarbeiten (z. B. durch eine angemessene Vorbereitungszeit, einen gut strukturierten Lernplan, gemeinsames Lernen und Abfragen des Stoffes oder – als Kompromiss – eine einstweilige Verschiebung des Prüfungstermins, wenn der Lernumfang nicht fristgerecht zu bewältigen ist), kann die Prüfung zu einer Herausforderung werden, die gut zu meistern ist. Ist die Hürde schließlich genommen, lässt der Erfolg ein gutes Gefühl, gewachsenes Selbstvertrauen und Mut zu neuen Herausforderungen zurück.

3.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen

Anstatt den Versuch zu unternehmen, die mannigfachen Risikofaktoren genauer zu identifizieren und zu systematisieren, wie es die Pathogenese tut, konzentriert sich Antonovsky mehr auf die möglichen Potenziale, ihnen zu begegnen. Dabei legt er den Schwerpunkt auch nicht auf die Zuordnung spezieller Ressourcen für spezifische Probleme, sondern betont deren allgemeine Bedeutung als ein möglichst breites Repertoire an Strategien, um auf die unterschiedlichsten Herausforderungen durch Stressoren welcher Art auch immer möglichst flexibel reagieren zu können, wofür er die Bezeichnung »generalized resistance resource« (GRR) verwendet. Diese Ressourcen haben eine gesunderhaltende Wirkung, weil sie erfolgreiche Bewältigungsprozesse im Alltag und damit eine Bewegung in Richtung des Gesundheitspols ermöglichen. Sie sind jedoch nicht mit einzelnen konkreten Copingstrategien gleichzusetzen, sondern ermöglichen auf einer höheren Ebene, das persönlich verfügbare Reservoir an Strategien bewusst wahrzunehmen, zu aktivieren je nach Anforderung zielgerichtet einzusetzen. Vorhandene Widerstandsressourcen wirken stärkend und stabilisierend, schaffen positive und heilsame Lebenserfahrungen, fehlende Ressourcen dagegen, also Defizite (»generalized resistance deficit«, GRD), werden als Stressor wahrgenommen und wirken schwächend.

Zu unterscheiden sind nach einer von Faltermaier erweiterten Systematik (Faltermaier, 1998, S. 25f):

- *körperliche und konstitutionelle Ressourcen* (z. B. stabile Konstitution und Organsysteme, ein intaktes Immunsystem),
- *materielle Ressourcen* (Geld, Güter, Dienstleistungen),
- *personale und psychische Ressourcen* (kognitive und emotionale Ressourcen, wie Wissen, präventive Gesundheitseinstellungen, emotionale Stabilität oder Sensibilität, persönlichkeitsbezogene Ressourcen, wie Intelligenz, Ich-Identität, Kontrollüberzeugungen, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Handlungskompetenzen, wie das Repertoire und der flexible Einsatz von Bewältigungsstilen, sowie soziale Kompetenzen),
- *interpersonale Ressourcen* (Verfügbarkeit über soziale Bindungen und soziale Unterstützung durch Bezugspersonen, Eingebundenheit in stabile soziale Netzwerke) und
- *soziokulturelle Ressourcen* (kulturelle Eingebundenheit, Orientierung an religiösen Glaubenssystemen oder philosophischen Überzeugungen).

Die durch das Verfügenkönnen über möglichst breit gefächerte Ressourcen sich herausbildende Lebenserfahrung ist, dass Probleme bewältigbar sind und gemeistert werden können, wobei Antonovsky das Positive an dieser Erfahrung durch drei Aspekte charakterisiert: *Konsistenz, Partizipation* und *Balance*.

Konsistenz meint, zu erleben, dass bei allem situativen Wechsel sich gewisse Dinge und Abläufe doch wiederholen, miteinander vergleichbar sind und sich etwas Beständiges und Vertrautes darin erkennen lässt.

Partizipation bedeutet, selber Einfluss nehmen und teilzuhaben zu können an der Gestaltung von Ergebnissen.

Balance schließlich bezeichnet das Erleben einer Ausgeglichenheit zwischen Überlastung und Unterforderung.

Der Ressourcenansatz nimmt eine Schlüsselstellung innerhalb des Salutogenesekonzepts ein. Er müsste einem ressourcenorientierten pflegerischen Denken eigentlich recht vertraut vorkommen, liegt hierin doch ein schon lange thematisiertes, aber auch allzu lange vernachlässigtes Potenzial der Förderung psychiatrischer Patienten im Allgemeinen wie auch der Förderung ihrer Gesundheit im Besonderen verborgen. Wohl auch aus diesem Grund schreibt Antonovsky im Vorwort seines Buchs »Zur Entmystifizierung der Gesundheit«: »Noch eine andere Gruppe hatte ich beim Schreiben dieses Buches im Blick: Krankenschwestern, die gerade die faszinierenden Wirren bei der Ausformulierung einer neuen beruflichen Identität durchleben, sind vielleicht für meine Ideen und meinen Denkansatz offener als irgendjemand sonst …« (Antonovsky, 1997, S. 17).

Obwohl so manche Ressourcen obiger Aufzählung nicht jedem Menschen und schon gar nicht dem psychisch Kranken frei verfügbar sind, sondern z. T. auch gesellschaftlich und sozial verwehrt bzw.

beschränkt sind, ist gleichwohl diesbezüglich das Maß des Möglichen noch lange nicht erreicht und ausgeschöpft. Gerade im stationären Bereich werden leichtfertig vorhandene Fähigkeiten der Patienten unterschätzt und bleiben ungenutzt, sodass sie bei längerem Aufenthalt eher verkümmern als gefördert werden. Und es macht zudem einen großen Unterschied, pflegerisch lediglich isoliert einzelne Fertigkeiten zu trainieren oder einem psychisch belasteten Menschen dabei zu unterstützen, ein grundlegend neues Zutrauen zu sich und seinen Möglichkeiten zu gewinnen, ihm die Erfahrung zu ermöglichen, dass der Alltag wieder gelingt und damit sein Kohärenzgefühl, wie Antonovsky es nennt, zu stabilisieren und aufzubauen.

3.3.5 Kohärenzgefühl

»Je häufiger eine Person die Erfahrung macht, dass sie Stress nicht wehrlos ausgeliefert ist – und dies wird umso wahrscheinlicher sein, je mehr generalisierte Widerstandsressourcen ihr zur Verfügung stehen –, umso mehr bildet sich eine Überzeugung heraus, dass das Leben in den individuell relevanten Bereichen sinnvoll, überschaubar und handhabbar ist. Das Ausmaß dieser Überzeugung ist nach Antonovsky der entscheidende Parameter für die Platzierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, also für ein Mehr oder Weniger an Gesundheit.« (Franke, 2001)

Diese prägende Grundüberzeugung nennt Antonovsky »Kohärenzgefühl« (sense of coherence SOC/ Kohärenz: von lat. cohaerentia: Zusammenhang). Sie ist das eigentliche Kernergebnis seiner Untersuchungen, die Basisantwort zu der Fragestellung, was Menschen gesund erhält.

Kohärenz als »Gefühl« ist mehr als nur eine emotionale Regung: es ist eine Grundhaltung, ein Wahrnehmungsmuster, eine tief verankerte Überzeugung, dass Schwierigkeiten im Leben zu meistern sind, dass die Welt zusammenhängend und sinnvoll erlebt werden kann. Innerhalb dieses Kohärenzgefühls hat Antonovsky 3 Teilelemente zu isolieren versucht: *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit*. In einer Art Definition beschreibt er:

»Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.« (Antonovsky, 1997, S. 36)

Mit **Verstehbarkeit** wird die Fähigkeit bzw. Erwartung eines Menschen beschrieben, trotz aller Unwägbarkeiten die Welt generell nicht als chaotisch, willkürlich und zufällig, sondern als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar zu erleben und die unterschiedlichsten Reize in einen persönlich geprägten geordneten Zusammenhang einfügen zu können.

Unter **Handhabbarkeit** bzw. *Bewältigbarkeit* versteht Antonovsky die Überzeugung eines Menschen, das nötige Rüstzeug zu besitzen, um mit Schwierigkeiten, Problemen und Herausforderungen im Leben zurechtzukommen, also die geeigneten Ressourcen zur Verfügung zu haben, um sie zu bewältigen und meistern zu können.

Und **Bedeutsamkeit** bzw. *Sinnhaftigkeit* als dritte Komponente des SOC beschreibt das »Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.« (Antonovsky, 1997, S. 35f)

Ein psychoseerfahrener Mensch mit einem relativ stabilen Kohärenzgefühl wird beispielsweise einen Rückfall und evtl. wieder notwendigen Krankenhausaufenthalt eher bewältigen und damit auch seine Gesundheit leichter aufrechterhalten können: aus dem Grundvertrauen heraus, dass sich die Dinge schon wieder zum Guten wenden werden wie bei früheren Erfahrungen auch, sind für ihn momentane Belastungen, sei es innerhalb der familiären Beziehung oder durch klinikbedingte Einschränkungen der persönlichen Sphäre, wesentlich weniger

konfliktreich und bedrohlich. Aufgestaute Probleme, die zum Rückfall führten, werden mit größerer Klarheit erkannt, differenzierter bewertet und auch die während der Krisenzeit entstehenden Emotionen sind eher zielgerichtet denn diffus, wirken deshalb nicht lähmend, sondern motivierend für das erhoffte künftige Gesundheitsniveau, das es wieder zu erreichen gilt.

Wenn nun also das Kohärenzgefühl neben den generalisierten Widerstandsressourcen als zweiter wesentlicher Einflussfaktor für Stressorbewältigung und Gesunderhaltung ausgemacht wurde, was Antonovskys eigene Forschungen und die anderer internationaler Forschungsgruppen bestätigt haben, dann folgt daraus die entscheidende Frage, ob und wie stark es sich positiv beeinflussen bzw. therapeutisch stärken lässt. Eine besondere Relevanz des Salutogenesemodells gerade für die Gesundheitsförderung innerhalb der psychiatrischen Pflege ergibt sich aus der Tatsache, dass zwar eine enge Beziehung zwischen SOC und körperlicher Gesundheit entgegen der Annahme Antonovskys nicht bestätigt werden konnte, dafür aber der Nachweis eines signifikanten Zusammenhangs zwischen hohem SOC und psychischer Gesundheit erbracht wurde.

Antonovsky selber vertrat zwar die Ansicht, dass das Kohärenzgefühl sich bis etwa zum 30. Lebensjahr ausbildet und danach eine überdauernde und relativ stabile Lebenseinstellung bleibt; neuere Untersuchungen haben aber ergeben, dass es bis ins hohe Alter zumindest beeinflussbar bleibt – für therapeutische und auch pflegerische Interventionen eine wichtige Voraussetzung. Es konnte beobachtet werden, dass bei Menschen mit einem schwach ausgeprägten Kohärenzgefühl, wozu insbesondere psychisch Erkrankte zählen, sich dieses vor allem in Krisenzeiten weiter destabilisiert, vergleichbar einer Abwärtsspirale, während solche mit einem starken Kohärenzgefühl eher gestärkt daraus hervorgehen und sich auf einer Spiralbewegung aufwärts befinden. Somit bestünde, selbst wenn im Erwachsenenalter keine wesentliche Erhöhung mehr möglich wäre, immer noch ein wichtiger therapeutischer Auftrag darin, ein durch Krisen- und Krankheitserfahrungen geschwächtes und erschüttertes Kohärenzgefühl wieder zu stabilisieren.

Antonovsky hat im Verlauf seiner Forschungsarbeit ein eigenes Messinstrument entwickelt, den »*Fragebogen zur Lebensorientierung*«, die sog. »**SOC-Skala**«, um sein Konstrukt des Kohärenzgefühls empirisch zu überprüfen. Er ermittelt neben der Bestimmung eines Kohärenzgefühlwertes als Gesamtpunktzahl Unterwerte für die 3 Teilkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Dieser Fragebogen, mittlerweile in vielen Studien erprobt, erfüllt weitgehend die heute gültigen Gütekriterien der Validität und Reliabilität.

Einige generelle Detailergebnisse bezüglich dieser SOC-Skala seien erwähnt:

- der Fragebogen hat sich als interkulturell einsetzbar gezeigt, zumindest in den Industrieländern Westeuropas und Nordamerikas,
- das ermittelte Maß des Kohärenzgefühls ist unabhängig vom Bildungsstand,
- die 3 Teilkonstrukte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit ließen sich faktorenanalytisch nicht sauber trennen, am ehesten ist von einem Generalfaktor auszugehen,
- wie schon erwähnt, zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen hohem SOC und psychischer Gesundheit sowie niedrigem SOC und Angst bzw. Depressivität, dagegen nicht zwischen SOC und physischer Gesundheit,
- bestätigt wurde ein Zusammenhang zwischen SOC und Stresswahrnehmung bzw. der Bewertung von potenziellen Stressoren,
- das Kohärenzgefühl von Frauen ist allgemein niedriger als das von Männern,
- das Kohärenzgefühl steigt mit zunehmendem Alter leicht an,
- das Kohärenzgefühl ist bei klinischen Gruppen niedriger als bei Zufallsstichproben.

3.3.6 Das Modell im Überblick

Im Anschluss an die Skizzierung der einzelnen Faktoren des Salutogenesemodells soll deren Bedeutung und Zusammenspiel nochmals im Überblick in Form eines Regelkreises dargestellt werden (◘ Abb. 3.4).

Ausgehend von Antonovskys Grundannahme, dass Heterostase generell unser Leben bestimmt, kommt es im Interesse der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit auf die Art und Weise des alltäglichen Umgangs mit *Stressoren* an. Diese wurden

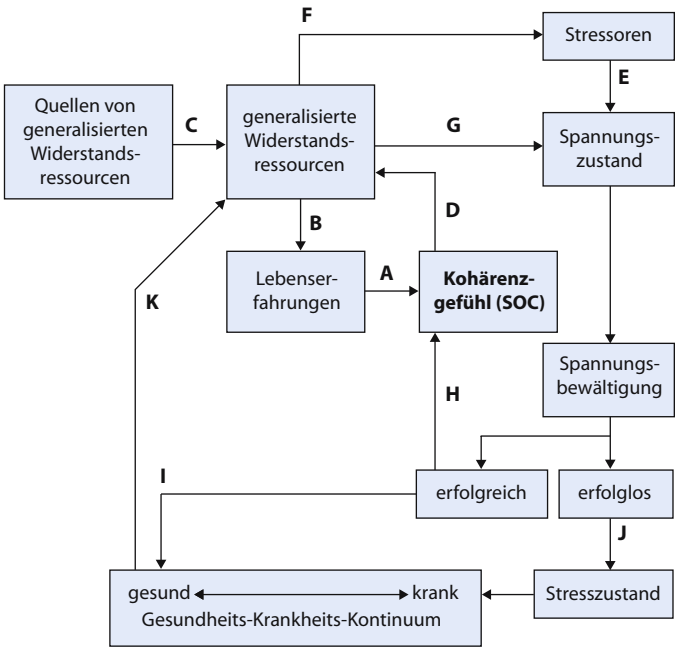


Abb. 3.4. Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (Huck, 2004, S. 5, Bengel et al., 2001, S. 35ff)

definiert als »Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt«. Ob Reize überhaupt als Stressor wahrgenommen werden, hängt von der subjektiven Einschätzung, der sog. *primären Bewertung*, des Betroffenen ab: ist der Reiz irrelevant, positiv oder stressreich?

Wie schon erwähnt unterscheidet Antonovsky 3 Typen von Stressoren: chronische Stressoren (z. B. andauernder Ressourcenmangel, anhaltender Verlust, dauerhafte Depression, dauerhafte Rollenüberforderung), wichtige Lebensereignisse (z. B. Tod einer Bezugsperson, Scheidung, Kündigung, Familienerweiterung, Karrieresprung, Pensionierung) und akute tägliche Widrigkeiten (z. B. Durchfallen bei der Führerscheinprüfung, Beleidigung durch einen Vorgesetzten, kleinerer Unfall eines Kindes).

Da Stressoren also nicht mehr nur als ›reine Routine‹ empfunden werden, erzeugen sie folglich einen Spannungszustand (Pfeil E). Hier zeigt sich der Einfluss der generalisierten Widerstandsressourcen (Pfeile F und G), nämlich zu einer möglichst erfolgreichen Spannungsbewältigung beizutragen. Im Rahmen einer sog. *sekundären Bewertung* schätzt das Individuum ab, ob genügend Kraftreserven und Strategien verfügbar sind, um dem Problem angemessen entgegenzutreten, ob also eine Bedrohung besteht oder lediglich eine Herausforderung. Gelingt schließlich die Problembewältigung, hat sie stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl (Pfeil H): »Indem wir einen Stressor bewältigen, lernen wir, dass das Leben weder zerstörerisch noch sinnlos ist.« Erfolgreiche Spannungsbewältigung wirkt sich gesundheitsfördernd aus (Pfeil I), erfolglose Bewältigungsversuche dagegen erzeugen negativen Stress (Dis-Stress, Pfeil J), der den Gesundheitszustand in Richtung »krank« verschlechtert. Eine grundsätzlich gesundheitsschädigende Wirkung von Stressoren lehnt Antonovsky folgerichtig ab (analog dem bekannten Motto: »Was uns nicht umbringt, macht uns stark!«).

Eine günstige Bewegungsrichtung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ermöglicht und fördert den Erwerb neuer Widerstandsressourcen bzw. die Stärkung der vorhandenen (Pfeil K). Die Entstehung bzw. das Vorhandensein von GRRs hängt vom jeweiligen soziokulturellen Kontext, von Erziehungsmustern und sozialen Rollen ab, aber auch von persönlichen Einstellungen und vielleicht sogar zufälligen Ereignissen (Pfeil C). Diese Widerstandsressourcen bewirken positive Lebenserfahrungen (Pfeil B), positiv vor allem dann, wenn sie als möglichst konsistent erlebt werden, eine wirksame

Einflussnahme erlauben und weder über- noch unterfordern. Solche Lebenserfahrungen prägen und formen das Kohärenzgefühl (Pfeil A). Die Stärke des Kohärenzgefühls bestimmt, inwieweit vorhandene Widerstandsressourcen aktiviert werden können (Pfeil D), ein schwach ausgebildetes Kohärenzgefühl dagegen verhindert den optimalen Einsatz vorhandener Ressourcen zur Bewältigung der durch Stressoren fortwährend ausgelösten Spannungszustände. Hiermit schließt sich der Regelkreis.

Übt ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl positiven Einfluss auch auf die körperliche Gesundheit aus? Antonovsky geht zwar insoweit mit der Stressforschung konform, dass ein Übermaß an Stress eine Gefährdung der Gesundheit bedeutet, jedoch verringert nach seiner Überzeugung das Kohärenzgefühl die Wahrscheinlichkeit, dass Spannung in belastenden Stress umgewandelt wird. Menschen mit einem starken SOC profitieren von dessen Filterwirkung und stärken dadurch, dass sie Spannungen gut verarbeiten können, auch auf physiologischer Ebene ihren Gesundheitsstatus und ihr Immunsystem. Zudem verhalten sie sich gesundheitlich angepasster, adaptiver, versuchen frühzeitig und eigenständig, regulative spannungsausgleichende Prozesse in Gang zu bringen (z. B. Erholung, Entspannung, körperliche Aktivitäten) und entscheiden sich eher für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (gesunde Ernährung, vorsorgliches Aufsuchen eines Arztes, präventive Maßnahmen, bewusste Vermeidung gesundheitlicher Risiken).

In dieser Hinsicht versucht z. B. Faltermaier das Salutogenesemodell noch weiter zu akzentuieren, indem er aufzeigt, dass »der salutogenetische Prozess auch unabhängig von der Bewältigung von belastungsbedingten Spannungszuständen erfolgen kann« und es einen aktiven und bewussten Prozess der Gesunderhaltung gibt, der sich aus den Konstrukten *Gesundheitsbewusstsein* und *Gesundheitshandeln* zusammensetzt (Faltermaier, 1994, S. 158). Menschen haben auch unabhängig von Krisenbewältigung ein persönliches Empfinden für ihre Gesundheit, gehen reflektiert damit um und zeigen ein aktives Interesse, diese zu erhalten und zu fördern.

Franke hat ergänzend darauf hingewiesen, dass nicht nur durch erfolgreiche Bewältigung das Kohärenzgefühl gestärkt bzw. Gesundheit gefördert wird, sondern auch gewisse Ressourcen per se gesundheitsfördernd wirken: beispielsweise die Fähigkeit, ein positives Lebensgefühl und Wohlbefinden herzustellen, Zielgerichtetheit, Selbstaktualisierungstendenz, Motivation zum Lernen und zur Weiterentwicklung, euthymes Erleben und Verhalten (Franke, 2001).

Antonovskys Salutogenesemodell steht mit seinen Inhalten nicht allein auf weiter Flur, sondern es gibt gedanklich verwandte wissenschaftliche Konzepte, die in ähnliche Richtung weisen und eine vergleichende Betrachtung lohnen:

- »Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen« (Wallston u. Wallston, 1978),
- »Selbstwirksamkeitserwartung« (Bandura, 1977, 1982),
- »Widerstandsfähigkeit« mit den Teilkomponenten »Engagement«, »Kontrolle« und »Herausforderung« (Kobasa, 1979, 1982),
- »Dispositioneller Optimismus« (Scheier u. Carver, 1985, 1987),
- »Seelische Gesundheit als Eigenschaft« (Becker, 1992).

3.4 Pflegerische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung

Wie können nun all diese theoretischen Aspekte für die psychiatrische Pflege nutzbar gemacht werden? Jedem Pflegekundigen wird sich beim Kennenlernen und Durcharbeiten der Salutogenesekonzeption und seiner Hauptelemente gleich ein ganzes Bündel möglicher Handlungsansätze aufdrängen: der Aufbau eines dynamischen Gesundheitsbewusstseins, das Entdecken und Betonen der gesunden Anteile des Patienten, die Suche nach Ressourcen und deren Förderung und Entfaltung, die Stärkung eines gesundheitsförderlichen Grundvertrauens (Kohärenzgefühls), die Erweiterung der Bewältigungskompetenzen des Patienten und der Aufbau positiven Erlebens und gesunder Verhaltensweisen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2000, S. 373ff).

Andererseits steht all dem die normative Kraft des Faktischen entgegen, wie sie im psychiatrischen Alltag begegnet: Reduzierung der betroffenen psychisch erkrankten Menschen zu bloßen »Fällen«, eine defizitorientierte und an grobpauschalen Diagnosen orientierte Sichtweise, eine frustrierte pers-

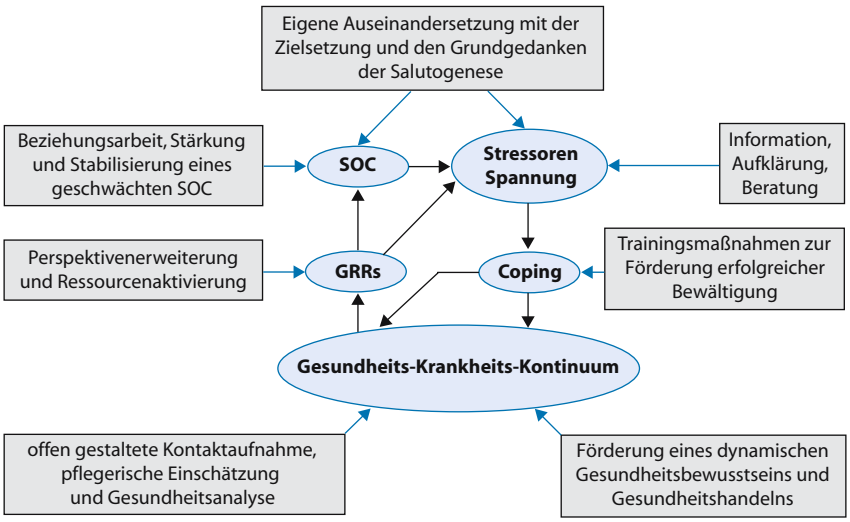


Abb. 3.5. Handlungsfelder psychiatrischer Pflege im Kontext des Salutogenesemodells (Huck, 2004, S. 7)

pektivelose Grundhaltung gegenüber »chronisch« wiederkehrenden Patienten und deren Erkrankungen, ein klinisch-unnatürlicher und krankheitsverfestigender Umgang mit den schon genug Geschädigten. Zunehmender Personalmangel gilt als Killerargument gegen Vorschläge alternativen Denkens und Handelns, wo doch gerade deshalb umso wichtiger sein sollte, sich mit den verbliebenen Kräften auf das Wesentliche und Notwendige zu konzentrieren.

Wenn sich aus den Erkenntnissen der Salutogenese eine wirkliche Veränderung ergeben soll, ist folglich ein tiefgreifendes Umdenken, ein einschneidender Perspektivenwechsel nötig, der in den Köpfen der Pflegenden zu beginnen hat, sofern er sich in denen der Patienten fortpflanzen soll.

In einer grafischen Übersicht soll versucht werden, wesentliche pflegerische Aufgabenfelder mit den Hauptschnittstellen des Salutogenesekonzepts zu verknüpfen (Abb. 3.5).

3.4.1 Eigene Auseinandersetzung mit der Zielsetzung und den Grundgedanken der Salutogenese

Die eigene fachlich-reflektierte Auseinandersetzung mit der Salutogenesekonzeption ermöglicht den psychiatrisch Pflegenden die Chance eines grundlegenden Perspektivenwechsels: Werden Patienten nicht mehr einseitig als »Kranke«, »Schizophrene«, »Depressive«, »Maniker«, »Zwängler« oder »Süchtige« gesehen, sondern als Menschen, die sich in einer dynamischen Bewegung zwischen den Polen »Gesundheit« und »Krankheit« befinden, so werden sie damit ganzheitlicher wahrgenommen und nicht mehr nur auf ihre Störungen reduziert; es interessieren dann nicht nur nebenbei, sondern zentral ihre gesundheitlichen Potenziale und Stärken sowie die Möglichkeiten, wie diese erhalten und gefördert werden können. Egal wie groß krankheitsbedingte Einschränkungen auch sein mögen, immer wird die Frage im Mittelpunkt stehen, wie und durch welche Unterstützungshilfen ein größtmögliches Maß an Gesundheit erhalten bleiben oder wiedergewonnen werden kann.

Vor der individuellen Bemühung um den einzelnen Menschen geht es darum, für möglichst gesunde Verhältnisse im stationären Bereich zu sorgen, die für den Gesundungsprozess der zu behandelnden Patienten allgemein förderlich sind, der sog. *Settingansatz*. Ausgehend von der Grunderkenntnis, dass auch psychisch Erkrankte in wesentlichen Teilen ihrer Persönlichkeit gesund sind, wird für sie im Sinne Antonovskys nicht vorrangig ein künstlicher stressorarmer Schutzraum zu schaffen sein, sondern ein Umfeld mit natürlichen tagtäglichen, bewältigbaren Herausforderungen.

Der stationäre Alltag sollte unter den Aspekten »Arbeiten«, »Wohnen und Haushalten« sowie »Freizeit gestalten« so normal und natürlich wie möglich gemeinsam geplant und verantwortet werden und das Milieu gerade durch seine Natürlichkeit therapeutisch wirksam sein. Schmid-Rüther nennt einige allgemeine Grundaspekte für eine »gesunde Umwelt im Kleinen« (Schmid-Rüther, 1990, S. 126ff):

- Klarheit – Überschaubarkeit – Information,
- Angenehme Umgebung: Licht – Luft – Wärme – Farben,
- Eigentum,
- Rückzugsmöglichkeiten,
- Mitspracherecht,
- Anregungen,
- Berücksichtigung von Eigenheiten und Gewohnheiten,
- geringe Fluktuation der Mitarbeiter,
- strukturierter Tagesablauf – Sicherheit.

Wenn es Pflegenden gelingt, eine gesundheitsorientierte Sichtweise in ihrem Denken zu verankern, als pflegerische Grundhaltung bzw. Philosophie, dann wird sich daraus ein verändertes Handeln, ein veränderter Umgangsstil gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten ergeben, dessen positive Auswirkungen langfristig nicht ausbleiben werden. Werden Patienten durch unüberlegte Routinepflege zu ausschließlich Kranken degradiert und entsprechend behandelt, so werden sich diese länger krank und minderwertig fühlen; wird ihnen dagegen in gesunder, aufbauender Weise begegnet, wird dies ihr Selbstbewusstsein stärken und ihren Gesundungsprozess beschleunigen.

Nicht nur die einzelne Pflegekraft, sondern möglichst das ganze Behandlungsteam sollte sich deshalb einer salutogenen Basisphilosophie verschreiben, um dadurch ein stimmiges Stationsklima und ermutigendes Arbeitsmilieu zu schaffen. Entsprechend sollte bei der personellen Teamentwicklung gezielt nach geeigneten Mitarbeitern Ausschau gehalten werden, die diese Grundhaltung überzeugend verkörpern können.

3.4.2 Offene Kontaktaufnahme, Pflegeanamnese als Gesundheitsanalyse

Bereits die Art des Erstkontakts bedeutet eine Art Weichenstellung für den Patienten, ob im Verlauf der nachfolgenden Behandlung eine Verfestigung der Krankheit oder Gesundheitsförderung geschehen wird. »Die Art, wie ich Kontakt aufnehme, beeinflusst nicht nur die Qualität der therapeutischen Beziehung zu mir, sondern auch die Chance einer therapeutischen Beziehung überhaupt« (Bock, 2003, S. 76). Wichtig ist, dem psychisch Erkrankten möglichst wenig professionell, umso mehr aber menschlich zu begegnen, sich nicht nur für seine Defizite und Krankheitssymptome, sondern in ganzheitlicher Weise für seine Lebensgeschichte zu interessieren. Fragen nach Beruf, Wohnsituation, Bezugspersonen, Hobbys, Interessen und persönlichen Stärken ermöglichen dabei einen offenen und unvoreingenommenen Zugang.

Eine Pflegeanamnese mit salutogenetischer Zielrichtung wird als Versuch charakterisiert sein, eine »Ortsbestimmung« des Patienten innerhalb des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums vorzunehmen, in der zwar auch krankheitsbedingte Beschwerden, Einschränkungen und Defizite beachtet und dokumentiert werden, aber ebenso der Gegenpol mit den Qualitäten »subjektives Wohlbefinden«, »Handlungs- und Leistungsfähigkeit« sowie »vorhandene Ressourcen in den unterschiedlichen Lebensbereichen« eine angemessene Gewichtung findet. Leider sind bis heute viele Pflegeplanungshilfen einseitig problemorientiert konzipiert, sodass für die Erfassung von Ressourcen im wörtlichen und übertragenen Sinn »wenig Platz« bleibt.

Praxisbox

Als Arbeitsinstrument für das Anamnesegespräch eignen sich keine umfangreichen Checklisten, sondern allenfalls offene Schlüsselfragen, die den Patienten dazu motivieren, von sich und seinem Leben zu erzählen (sog. »narratives Interview«). Unter Umständen kann auch schon in der Anfangsphase der Einsatz des von Antonovsky entwickelten Fragebogens zur Lebens-

▼

orientierung eine Hilfestellung sein, um einen ersten Eindruck zu gewinnen, wie stark bzw. schwach der Kohärenzsinn des Patienten ausgeprägt ist. Es hat sich erwiesen, dass die Beantwortung des Fragebogens keine große Hürde darstellt, sondern meist als interessant und zum Nachdenken über sich selbst anregend empfunden wird. Gegen Ende der Behandlungsfrist könnte dann die Befragung wiederholt werden, um den möglichen Effekt einer Stabilisierung bzw. Stärkung des Kohärenzgefühls zu überprüfen.

Ein wichtiger Aspekt, der entscheidend sein kann für die Selbsteinschätzung bezüglich Krankheit und Gesundheit eines in einer Krise befindlichen Patienten, ist die »Fachsprache« der Diagnostik und Behandlung, mit der ihm begegnet wird. Stigmatisierende Sprache ist unbedingt zu vermeiden! Ein Begriff wie beispielsweise der der »Schizophrenie«, auch wenn er nur in diagnostischem Sinn gebraucht wird, ist durch seine umgangssprachliche Verwendung negativ vorbelastet und wirkt deshalb erschreckend, abstempelnd und ausgrenzend, sowohl für die Betroffenen als auch deren Angehörige. Wer kann sich noch als vollwertiger Mensch mit gesunden Fähigkeiten und Kräften fühlen, wenn er pauschal als »Schizophrener«, »Maniker« oder »Psychotiker« bezeichnet wird? Hier ist in der Begegnung von Anfang an viel Sensibilität und ein verantwortlicher Umgang mit Begriffen nötig bei dem Versuch, Krankheitsphänomene zu deuten und zu erklären.

Darüber hinaus kommt es genauso auf die pflegerischen Umgangsformen im stationären Alltag an, die das Selbstbild des Patienten gesundheitsfördernd oder krankheitsverstärkend beeinflussen können. Du-Anrede und Distanzlosigkeit, die Betrachtung der Patienten als Fälle, deren Missbrauch zu eigenen Zwecken, ein von oben herab maßregelndes Verhalten wie auch allzu starke Abgrenzung schaffen ein krankes Milieu – offener, natürlich warmer, menschlicher Umgang ohne Berührungsängste dagegen ein ermutigendes und aufwertendes Klima.

3.4.3 Förderung des Gesundheitsbewusstseins

Wenn psychiatrische Pflege mehr sein will als nur Krankenpflege, dann muss sie bewusst und gezielt Gesundheit zum Thema machen, und zwar in einer sehr differenzierten Weise, die den Patienten helfen kann, eine neue hoffnungsvolle Perspektive zu finden, mit ihrer Krankheit besser umgehen zu lernen und dabei möglichst viel Lebensqualität zu erhalten.

Psychisch Erkrankte schwanken während einer akuten Krankheitsphase häufig zwischen den Extremen, Gesundheit entweder nur als schmerzlichen Verlust zu empfinden oder aber sich völlig gesund zu wähnen und dabei in gefährlicher Weise die Krankheit zu ignorieren. Deshalb ist es eine wichtige salutogenetische Aufgabe, Gesundheit im Einzel- und Gruppengespräch existenziell zu reflektieren, um anstelle eines starren ein dynamisches Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln, das Anpassungsleistungen (Adaption) begünstigt.

Ausgehend von der maximal defizitären Auffassung, dass die Gesundheit gänzlich verloren sei, ist an der sukzessiven Entwicklung eines breiteren Gesundheitsverständnisses zu arbeiten, das flexibel, dynamisch und durch positive Aspekte geprägt ist. Aus eigener Erfahrung kann gesagt werden, dass das Modell der Salutogenese nicht nur für Fachleute, sondern gleichermaßen für Patienten einen starken Reiz ausübt. Es eignet sich folglich nicht allein als Metatheorie, sondern kann explizit z. B. innerhalb von Gruppenarbeit besprochen werden. Zur Veranschaulichung lässt sich Antonovskys Flussmetapher heranziehen, verschiedene Gesundheitsdefinitionen und Krankheitsmodelle können miteinander verglichen und bewertet werden. Allein schon die mögliche Perspektive, sich nicht statisch als krank, sondern als auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit beweglich zu empfinden, zeigt bei Patienten eine erstaunlich entlastende und ermutigende Wirkung.

Faltermaier hat auf der Grundlage eigener Interviewstudien 4 idealtypische Modelle von Gesundheitsvorstellungen entwickelt, wie sie bei Menschen im Alltag anzutreffen sind. Sie umschreiben gleichzeitig 4 Stufen eines zunehmend dynamischen

Verständnisses von Gesundheit (Faltermaier, 1998, S. 83ff):

1. Das »On-off«-Schaltermodell von Gesundheit:
   Gesundheit ist entweder vorhanden oder nicht vorhanden, sie wird schlichtweg als Abwesenheit von Krankheit empfunden und verschwindet automatisch – wie beim Umlegen eines Schalters –, wenn eine Krankheit eintritt, wobei dies eher schicksalhaft, ohne wesentliche eigene Einflussmöglichkeiten erlebt wird. Hilfe und Heilung werden weitgehend von außerhalb, in der Regel von medizinischen Experten, erwartet.
2. Das Batteriemodell von Gesundheit:
   Gesundheit wird als begrenztes Reservoir verstanden, das sich im Lauf des Lebens allmählich verbraucht – wie bei einer Batterie, die sich durch Verbrauch der gespeicherten Energie entleert. Eigenes Bemühen richtet sich folglich darauf, in defensiver Weise schonlich mit Gesundheit und Ressourcen umzugehen, unnötige Belastungen und Risiken zu meiden, um das vorhandene Gesundheitspotenzial möglichst lange zu erhalten.
3. Das Akkumulatormodell von Gesundheit:
   Gesundheit wird nicht nur verbraucht, sondern kann sich auch wieder regenerieren – wie bei einem Akkumulator, der verbrauchte Energie erneut aufladen kann, was durch Ausgleichsprozesse und eigene Einflussmöglichkeiten erreicht werden kann. Durch aktive Kontrolle und eigenes Handeln wird versucht, Gesundheit und Wohlbefinden auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene wieder herzustellen.
4. Das Generatormodell von Gesundheit:
   Gesundheit nach dieser Vorstellung kann sogar vergrößert und ausgeweitet werden – wie bei einem Generator, der selber Energie erzeugen kann. Ressourcen und Potenziale können durch günstige Einflüsse und aktive Bemühungen gestärkt und erweitert werden. Dieses Gesundheitsverständnis, so positiv dynamisch und selbstbestimmt es auch ist, birgt letztendlich die Gefahr einer Überhöhung und Überschätzung des Gesundheitsfaktors.

In Anwendung dieser Modellvorstellungen, die sich in irgendeiner Form auch im Selbstkonzept der Patienten wiederfinden, kann auf eine Weiterentwicklung des persönlichen Gesundheitskonzeptes hingewirkt werden. Wichtige Erkenntnisschritte dabei sind, krankheitsbedingte Belastungen und Einschränkungen durch entlastende Prozesse (Entspannung, Genuss, Hobbys, körperliche und soziale Aktivitäten) ausgleichen zu können, sich positive Gesundheitsziele (z. B. Selbstfürsorglichkeit) zu setzen, eigene Kontroll- und Beeinflussungsmöglichkeiten (Rückzug, Stressbegrenzung, Krisenintervention, Beistand suchen) zu nutzen sowie vorhandene Kraftquellen als Schutzfaktor zu erkennen und zu erweitern. Ziel all dieser Bemühungen sollte sein, dass Patienten aufgrund eines dynamischen Gesundheitsbewusstseins ein positives Lebensgefühl entwickeln und sich als Experten für die eigene Gesundheit verstehen lernen.

Ein flexibles Gesundheitsbewusstsein schafft für durch psychische Erkrankungen belastete Menschen eine dynamische Perspektive, die eigenen gesunden Anteile bewusster wahrzunehmen, sich zumindest bedingt gesund zu fühlen und die Notwendigkeit eigener Bemühungen um Gesunderhaltung anzuerkennen.

3.4.4 Ressourcenaktivierung und Bewältigungstraining

Ressourcenorientiertes Arbeiten wird schon lange Zeit innerhalb der psychiatrischen Pflege propagiert. Nichtsdestotrotz ist die Praxis laut einer Analyse von Wolff (Wolff, 2002, S. 300ff) überwiegend auf die Defizite der Erkrankten ausgerichtet, zu wenig kompetenzorientiert und damit auch nicht präventiv wirksam.

Damit Ressourcen beim Patienten aktiviert werden können, muss sich vorab der Blickwinkel der Pflegenden erweitern. Die größte Chance dazu besteht in »gemeinsamem Tun« innerhalb oder noch besser außerhalb des stationären Rahmens. Es ist erstaunlich, wie natürlich, kreativ, kompetent und stilsicher Patienten sein können: als Köche, Schauspieler, Organisatoren, Künstler oder Fachkundige. Eine pflegerische Scheuklappenperspektive lässt sich durch solche Erfahrungen am Ehesten korrigieren. Wer bereit ist, auf Spurensuche zu gehen nach den vielleicht verschütteten, aber dennoch vorhandenen

Reichtümern eines Patienten, wird ihm damit helfen, diese selber wieder eher zu akzeptieren und zu reaktivieren.

»Ressourcen sind Merkmale einer Person oder ihrer Umwelt, die zu einer Aufrechterhaltung oder Förderung ihres Wohlbefindens beitragen« (Roder, Zorn, Pfammatter et al., 2002) und somit auch die Bewältigung von Stress entscheidend erleichtern. Deren Verfügbarkeit ist jedoch nicht nur von objektiven Bedingungen abhängig, sondern auch von der eigenen Einschätzung und Erwartungshaltung, sog. positiv bzw. negativ geprägten Kognitionen (z. B. »was ich mir vornehme, das gelingt mir auch« bzw. »bei mir geht immer alles schief«) und einem entsprechenden Selbstkonzept.

Freilich sind während einer begrenzten klinischen Behandlungsphase diese Ressourcen bzw. Kraftquellen nicht beliebig veränder- oder erweiterbar. Aber sie lassen sich mit fachkundigem Blick und fachkundigem Handeln zumindest besser erkennen, aufdecken, offenlegen und vielleicht ja doch positiv beeinflussen.

Wie lassen sich die Ressourcen der Patienten im stationären Rahmen entfalten? Auf keinen Fall dadurch, dass durch überfürsorgliche Pflege unnötig Verantwortung und Mitbestimmung abgenommen wird! Vielmehr ist größtmögliche Selbstständigkeit zu gewähren, Partizipation an der Behandlung, die fordert aber nicht überfordert. *Empowerment* ist in diesem Zusammenhang das therapeutische Ziel. Patienten müssen bezüglich Angst, Zutrauen und Mut bewusst an ihre allzu eng gesteckten Grenzen geführt werden, um für den künftigen Alltag mehr Spielraum zu gewinnen, z. B. zu Hause wieder die Rollläden zu öffnen, sich aus den eigenen vier Wänden hinaus und unters Volk zu wagen, Kontakt aufzunehmen, zu tasten, zu hören, zu sehen, sich mitzuteilen durch Sprechen oder Schreiben, zu riechen, zu schmecken, zu genießen.

Eine zentrale Aufgabe gesundheits- bzw. ressourcenorientierter Pflege besteht darin, den Patienten *Schutzfaktoren* statt *Risikofaktoren* und *Bewältigungsstrategien* statt *Vermeidungsstrategien* aufzuzeigen und gemeinsam zu erproben.

Das Spektrum möglicher pflegerischer Aufgabenfelder hierzu ist groß:

- *Körperliche Fitness und Konstitution* (Robustheit, Zähigkeit) unterstützen (z. B. durch viel Luft, Licht, Bewegung, Freizeitsport, Achten auf gesunde Ernährung, aber auch durch Spezialangebote wie therapeutische Laufgruppen (Bartmann, 2003) oder Gewichtsmanagement, eine neue dringend notwendige Trainingsform bei Behandlung mit Atypika!),
- *Selbstwertgefühl* durch Entgegenbringen von echtem Interesse, Respekt, Lob und Anerkennung stärken, individuelle Eigenheiten und Lebensgewohnheiten respektieren und auch im stationären Umfeld ermöglichen,
- *Selbstsicherheit* durch spezielle Trainingsmaßnahmen (verhaltenstherapeutisches Selbstsicherheitstraining SST, Konfliktbewältigungstraining) und Gemeinschaftsaufgaben (Organisieren, Leiten, Vermitteln, z. B. als Patientensprecher) stärken,
- *positive Selbsterfahrung und Lebensfreude* durch euthymes Erleben, wie Entspannung, Genuss, Spaß, Hobbys, Sport und Spiel (Konzentrations- und Entspannungstraining, Genussgruppe, Aromapflege, Schwimmen, Laufgruppe, Kegeln, Kino, Feste und Feiern), ermöglichen, auch über gewisse »Zu-Mutungen« wie gewagte Ausflüge, ausgedehnte Wanderungen oder ungewohnte Herausforderungen,
- *lebenspraktische Fertigkeiten* in den Bereichen Selbstpflege, Wohnen, Arbeit und Freizeit mobilisieren und trainieren (Hausdienste auf Station, Haushaltstraining, gemeinsames Kochen und Essen, selbstständige Wäsche-, Bett- und Zimmerpflege),
- *soziale Fähigkeiten*, wo immer möglich, also innerhalb Bezugspflege, Pflegegruppen (Rollenspiel, Kommunikationstraining, Integriertes Psychologisches Therapieprogramm IPT) und Gemeinschaftsaktivitäten herausfordern und fördern,
- *Hilfspotenziale* und Unterstützungsnetzwerke, wie z. B. Familie, Wohngruppen, Tagesstätten, ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Vereine etc., ausfindig machen und vermitteln,
- soweit möglich, den Zugang zu *ökonomischen Ressourcen,* wie finanziellen Beihilfen, Wohnmöglichkeiten, Arbeitsangeboten etc., erleichtern.

Praxisbox

Am Beispiel der Organisation und Durchführung eines Umzugs in eine neue Wohnung lässt sich zum einen selbstkritisch überprüfen, ob genügend eigene Fähigkeiten und Hilfspotenziale im unmittelbaren Lebensumfeld dafür vorhanden wären, zum andern eignet es sich gut als gedankliche Übung, um aufzuschlüsseln, wieviele verschiedene Bewältigungskompetenzen und Ressourcen dazu vonnöten sind: Organisationstalent, handwerkliches Geschick, Mut, geeignete Helfer zu rekrutieren, die Auswahl einer dem finanziellen Spielraum angemessenen Transportmöglichkeit, günstige Anschaffung fehlender Gegenstände über Flohmarkt, Secondhand-Läden oder Suche per Zeitungsannonce etc.

Gelingt es, das Repertoire persönlich verfügbarer Ressourcen zu aktualisieren bzw. zu erweitern, so steigt damit die Erfolgserwartung und Zuversicht, mit künftigen Herausforderungen besser zurechtzukommen und stärkt damit auch den Kohärenzsinn, insbesondere unter den Aspekten Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit.

3.4.5 Förderung durch Beziehungsarbeit

Stabile und tragende Beziehungen stellen unbestritten die bedeutsamste soziale Ressource dar. Dementsprechend wird in der psychiatrischen Pflege Beziehungsgestaltung als therapeutische Grundaufgabe betrachtet. Als Bestätigung dienen verschiedene Untersuchungen, in denen Pflegebedürftige danach gefragt wurden, was ihnen besonders wichtig an der erlebten Pflege ist bzw. was sie besonders erwarten. Als das Wichtigste wurden die Art der Beziehungsgestaltung und die Haltung, mit der die Pflegenden auftreten, angesehen (Bartholomeyczik, 2001, S. 284ff). Folglich muss im Kontext einer gesundheitsfördernden Pflege auch der Beziehungsaspekt als wirksamer Faktor mit beachtet werden.

Egal ob Konfrontation mit akutem Krankheitsgeschehen oder eine sich chronisch entwickelnde und verfestigende psychische Erkrankung, ob aktuelle Lebenskrise oder längerfristige psychosoziale Überforderung, solch kritische Lebenssituationen bedeuten auch eine Bedrohung oder Schwächung des Kohärenzgefühls. Selbst unter der Annahme einer relativen Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter hat sich in eigenen Untersuchungen mittels des SOC-Fragebogens erwiesen, dass akute psychische Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen, zumindest zu einer vorübergehenden deutlichen Schwächung des Kohärenzgefühls führen. Dieses wieder zu stärken und zu stabilisieren, was für den Betroffenen bedeutet, sein Grundvertrauen in die eigene Lebenskompetenz wiederzugewinnen, Zutrauen zu eigenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie Zuversicht, die aktuellen Schwierigkeiten meistern zu können, ist pflegetherapeutisch nötig und, wie sich gezeigt hat, auch möglich: bei Entlassung weisen viele Patienten einen signifikant höheren SOC-Wert auf als zu Behandlungsbeginn.

Vorzugsweise im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung können die 3 Einzelaspekte des Kohärenzgefühls, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, gezielt zu stärken versucht werden.

Verstehbarkeit muss gefördert werden, wenn Patienten mit ihrem Krankheitsschicksal hadern, z. B. beim Scheitern eines angestrebten Lebensziels, wie etwa Studium, Beruf, Karriere, wenn demzufolge bezüglich Wohnung, Arbeit und Selbstständigkeit Änderungen notwendig werden. Dennoch die Perspektive eines befriedigenden und lebenswerten Alltags zu bewahren, ist ein mühsamer Prozess, der Begleitung braucht. Über befürchtete Verluste und Ängste sprechen zu dürfen und dabei Gehör zu finden kann helfen, sich allmählich doch auf die veränderte Situation einzustellen.

Handhabbarkeit bzw. *Bewältigbarkeit* ist an vielen Stellen im Alltag gefragt, z. B. um Konflikte mit Mitbewohnern im Heim oder in der Pflegefamilie zu klären, um sich mit Behörden auseinanderzusetzen oder um sich selbstständig im Haushalt zu versorgen. Beziehungspflege wird sich bemühen, dem Patienten einerseits Zutrauen zu seinen eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu vermitteln, bereits erzielte Fortschritte würdigen, jedoch auch notwendige Grenzen aufzeigen bezüglich Arbeitsfähigkeit, Belastungen und Stress, um sich nicht zu überfordern

und damit eine mögliche gesundheitliche Stabilisierung zu gefährden. Negative Kognitionen, die das eigene Können und Vermögen untergraben (z. B. »ich bin ein Versager«), sollten zu relativieren versucht werden, der Glaube an eigene Kontrollmöglichkeiten und Selbstwirksamkeit gestärkt werden.

Der Aspekt *Bedeutsamkeit* bzw. *Sinnhaftigkeit* ist sicher am Schwersten zu beeinflussen. Wenn überhaupt, bietet doch eine Beziehung, in der die Pflegekraft überzeugend und glaubwürdig als personales Gegenüber erscheint, noch am ehesten die Chance dazu. Pflegende müssen und können nicht auf alle Schicksalserfahrungen eines Patienten passende Antworten parat haben, nach einem Suizidversuch etwa, dem Verlust wichtiger Menschen oder – was immer häufiger im Zuge psychiatrischer Exploration aufgedeckt wird – traumatisch erlebtem sexuellen Missbrauch während Kindheit und Heranwachsen. Sinn und Mut können auch nonverbal durch respektvolle Haltung, Ehrfurcht vor den Beweggründen des Patienten auch in dessen verzweifelten Handlungen und liebevolle Zuwendung vermittelt werden. Leere Worthülsen dagegen können nicht überzeugen. Damit Mut und Hoffnung überspringen können, ist ein hohes Kohärenzgefühl der Pflegenden eine notwendige Voraussetzung.

3.4.6 Motivation zu eigenem Gesundheitshandeln

Wenn Menschen mit psychischer Belastung sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, was bei Gesunden noch geraume Zeit ohne negative Auswirkung bleiben mag, so werden sie dadurch leichtfertig einen Rückfall in akutes Krankheitsgeschehen riskieren. Dies sollte psychiatrische Pflege in ihrer präventiven Arbeit generell beachten und Patienten dementsprechend vorbereiten und schulen. Auf der Grundlage eines durch pflegerische Interventionen gewachsenen Gesundheitsbewusstseins ist begleitend Information, Aufklärung und Beratung über Aspekte des Krankheitsbildes und der Krankheitsbewältigung, bekannt unter dem Fachbegriff *Psychoedukation*, notwendig. Zu vermitteln sind krankheitsbedingte Einschränkungen, Risikofaktoren, Umgang mit Belastungen und Stress, Frühwarnzeichen einer Veränderung des allgemeinen Befindens sowie Möglichkeiten einer effektiven Krisenintervention. Mit diesem Wissen ausgestattet, können die Betroffenen kompetenter und selbstständiger mit dem eigenen Krankheitsanteil umgehen: frühzeitig auf Veränderungen im Alltagsbefinden achten, sich schonen, zeitweise zurückziehen, bei Angehörigen und im Freundeskreis Unterstützung suchen, rechtzeitig nichtstationäre, ambulante Hilfen in Anspruch nehmen oder aber leichter in einen nötigen stationären Aufenthalt einwilligen.

Aus den Grundgedanken der Salutogenese dürfte klar geworden sein, dass ein gänzliches Umgehen von Risiken, Herausforderungen und Belastungen nicht der gesundheitsförderlichste Weg ist, sondern eher ein defizitäres Gesundheitsempfinden infolge fehlender gelungener Bewältigungserfahrungen verstärkt und somit in Richtung Krankheitspol führt. Antonovsky hat vielmehr nachgewiesen, dass das Verfügen über ausreichende Ressourcen, die aktive Teilhabe an der Gestaltung von Ergebnissen und eine erlebte Balance zwischen Unter- und Überforderung zu positiven Erfahrungen führen und damit gesundheitsfördernd sind. Die Frage lautet also nicht, wie Krankheitsrisiken generell vermieden, sondern wie psychisch kranke Menschen trotz Risiken »*sich relativer Gesundheit erfreuen*« können. Die Formulierung »relative Gesundheit« intendiert, Gesundheit nicht zum obersten Lebensmaßstab zu machen und nicht losgelöst nur für die Gesundheit leben zu wollen. »Leben bedeutet notwendigerweise, auch Belastungen und Risiken einzugehen; es ist weder sinnvoll noch möglich, alle Gefährdungen im Leben zu vermeiden.« (Faltermaier, 1998, S. 196)

Anstelle von Vermeidung kommt es also eher auf entsprechende entlastende und kompensierende *Ausgleichsprozesse* und die Stärkung von Ressourcen an. Ausgleichend wirken Entspannung und Auszeiten, ausgiebiger Schlaf, gegönnter Genuss, Naturerfahrungen, das Besuchen kultureller Veranstaltungen, positive soziale Kontakte, Sexualität und soziale Harmonie, kreatives Sichverwirklichen, erfüllende Hobbys wie auch körperliches Ausagieren durch Sport oder schwere körperliche Tätigkeiten.

Wird in der Beratung von Patienten einseitig die notwendige Vermeidung von Risiken betont, so wird dies von den Betroffenen wahrscheinlich tendenziell negativ, als ein Verlust an Lebensqualität,

erlebt werden und somit wenig Aussicht auf Erfolg haben. Faltermaier hat in Interviews mit Alltagsbevölkerung herausgefunden, dass mit der Aufgabe eines Risikoverhaltens für viele gleichzeitig Momente des Genießens und der Lebenslust verschwinden. Verzicht und Selbstbeherrschung allein schaffen kein positives Lebensgefühl und sind nicht per se gesundheitsförderlich. Im Gegenteil: sich Ausnahmen zu gestatten durch Spaß, Genuss, Freuen, Feiern, Schwelgen und ein Stück Ekstase haben eine wesentliche gesundheitliche Funktion. Ab und zu einmal Alkohol zu trinken, ausgelassen einen langen Abend mit Freunden zu verbringen, ohne vorher ermüdende Medikamente geschluckt zu haben, eine Reise zu wagen, sich etwas Verrücktes zu erlauben oder etwas Luxuriöses zu gönnen, wird für nicht wenige Betroffene äußerst reizvoll sein, auch wenn evtl. aus gesundheitlichen Gründen davon abgeraten wird. Diese Überlegungen beruhen auf dem Modell eines Gesundheitshandelns als Bemühen um ein gelungenes individuelles Gleichgewicht, eine anzustrebende Balance zwischen Kontrolle und Loslassen, Belastung und Entlastung, Verzicht und Genuss, Anspannung und Entspannung.

Gesundheitshandeln gestaltet sich als aktiver Prozess eines fürsorglichen Umgangs mit sich selbst und der eigenen Gesundheit. Auf Grund eines möglichst umfangreichen Wissens und im Vertrauen auf die Wirksamkeit eigenen Handelns werden im Interesse körperlichen und psychischen Wohlbefindens krankheitspräventive Maßnahmen ergriffen, Selbsthilfepotenziale genutzt, Ausgleich und Kompensation für unvermeidliche Belastungen geschaffen und frühzeitig Hilfe von außen in Anspruch genommen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Was verstehen Menschen im Alltag unter Gesundheit, welches sind die zentralen Vorstellungen? ▶ Kap. 3.1
- Was versteht man unter dem sog. Zufriedenheitsparadox bzw. Unzufriedenheitsdilemma? ▶ Kap. 3.1
- Worin unterscheidet sich Antonovsky in der Bewertung von Stressoren zur klassischen Stressforschung? ▶ Kap. 3.3.2
- Welche zwei Einflussfaktoren sind nach Antonovsky wesentlich für einen erfolgreichen Umgang mit Stressoren? ▶ Kap. 3.3.3
- Welche drei Teilaspekte werden innerhalb der Definition des Kohärenzgefühls beschrieben? ▶ Kap. 3.3.5
- Welche Bedeutung haben subjektives Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln für Menschen mit psychischen Erkrankungen? ▶ Kap. 3.4.3 u. Kap. 3.4.6
- In welchen Bereichen können Pflegende konkret Gesundheit fördern? ▶ Kap. 3.4.4

Literatur

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. dgvt-Verlag, Tübingen

Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. Jossey-Bass, London

Bartholomeyczik S (2001) Professionelle Kompetenz in der Pflege. Teil I. In: Pflege Aktuell 5

Bartmann U (2003) Laufen und Joggen für die Psyche. Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit. dgvt-Verlag, Tübingen

Bengel J, Strittmacher R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Bock Th (2003) Basiswissen Umgang mit psychotischen Patienten. Psychiatrie Verlag, Bonn

Brieskorn-Zinke M (2000) Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. In: Pflege 13

Dörner K (2003) Die Gesundheitsfalle. Econ, München

Engel GL (1979) Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp H (Hrsg) Normalität und Abweichung. Urban & Schwarzenberg, München

Faltermaier T (1994) Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Beltz, Weinheim

Faltermaier T, Kühnlein I, Burda-Viering M (1998) Gesundheit im Alltag. Juventa, Weinheim

Franke A (2001) Ressourcen im Ansatz der Salutogenese. Vortrag beim Workshop »Grundfragen ressourcenorientierter Rehabilitation. Ressourcenmanagement und Lebensqualität«, Universität Dortmund, 29.–31.10.2001, Internetpublikation

Früherkennungs- und Frühinterventionszentren der Universitätskliniken Köln und Bonn und der Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim in Kooperation mit dem Kompetenznetz Schizophrenie (Hrsg): Früh erkennen Früh behandeln. Neue Chancen für Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko

Glatzer W (1992) Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden – Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In: Bellebaum A (Hrsg) Glück und Zufriedenheit. Opladen

Hantikainen V, Koller K, Grywa D, Niemi J, Välimäki M (2001) Die Lebensqualität von schizophreniekranken Menschen in Wohnheimen: Einschätzen von Individuen. In: Pflege 14

Huck G (2004) Krankheit bekämpfen oder Gesundheit aktivieren? Die Bedeutung der Salutogenese für die psychiatrische Pflege. In: Psych Pflege Heute 10

Kolakowski L (1980) Der Mythos in der Kultur der Analgetika. In: Kolakowski L: Leben trotz Geschichte. Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Lutz R (1995) Gesundheit und Krankheit. Antworten der Allgemeinen Psychologie. In: Lutz R, Mark N (Hrsg) Wie gesund sind Kranke? Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen

Roder V, Zorn P, Pfammatter M et al (2002) Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophren Erkrankter. Hans Huber, Bern

Sarnow-Wlassack G (2002) Salutogenese und Kohärenzgefühl. Vortrag für die Therapietage am 03.05.2002 in Eckernförde, Internetpublikation

Schmid W (2000) Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Suhrkamp, Frankfurt aM

Schmid-Rüther I (1990) Gesunde Beziehungen – gesundes Milieu: der Beitrag psychiatrischer Pflege zu diesen Zielen. In: Schädle-Deininger H (Hrsg) Pflege, Pflege-Not, Pflege-Not-Stand

Wolff S (2002) Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre Patienten wahr? Kompetenzorientierte psychiatrische Pflege. In: Psych Pflege Heute 8

Zitterbarth W (1995) Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. In: Lutz R, Mark N (Hrsg) Wie gesund sind Kranke? Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen

4 Die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie

Martin Meyer

4.1 Berufsrolle und persönliche Entwicklung – 66
4.1.1 Rollendefinition und Erwartung – 67
4.1.2 Rollenidentifikation und Distanz – 70
4.1.3 Rollenkonflikte – 73
4.1.4 Selbstbild und Fremdbild – 75
4.1.5 Identität und Selbstbild – 76
4.1.6 Fremdbild – 76
4.1.7 Selbstbild und Fremdbild: Übereinstimmung und Differenz – 77

4.2 Helfersyndrom und Helferproblematik – 77
4.2.1 Burn-out-Syndrom (Ursachen, Folgen und Bewältigung) – 78

4.3 Interdisziplinär und multiprofessionell: Pflege im Team – 80
4.3.1 Rollen im Pflegeteam – 80
4.3.2 Arbeit im Team – 80
4.3.3 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen – 81
4.3.4 Therapeutische Gruppen – 83

Literatur – 84

In Kürze

Was für eine Rolle spielen Pflegende in der Psychiatrie eigentlich? Was erwartet *man* von Pflege in einem Arbeitsfeld, in dem die Grenzen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen häufig unklar scheinen? Die Zeit der ausschließlich Dienenden, auf ärztliche Zuarbeit begrenzte Rolle scheint allmählich vorüberzugehen. Dies bringt neben Hoffnung auch sehr viel Verwirrung mit sich. Eine Reihe von Faktoren, nicht zuletzt knapper werdende finanzielle Ressourcen, behindern den Entwicklungsprozess. Und dennoch, der Berufsstand der Krankenpflege befindet sich im Umbruch. Es bildet sich eine Identität heraus, die den Umwälzungen des Gesundheitswesens Rechnung trägt, selber aber auch vollkommen neue Strukturen schaffen wird.

Die Auseinandersetzung mit menschlichem Leid, aber auch den speziellen Problemen der Beziehungsgestaltung mit psychisch Kranken ist für Pflegende in besonderer Weise bedeutungsvoll. Die durch die Rolle bedingte einzigartige Nähe zum Patienten lässt Pflegende oft schmerzhaft die eigenen Grenzen erfahren. Der Umgang damit – der eigene, aber auch der des jeweiligen Systems, in dem sich psychiatrisch Pflegende bewegen – hat unmittelbaren Einfluss auf die persönliche Entwicklung. Dies wiederum hat Auswirkungen auf das Gesamte. Denn die Entwicklung des Individuums hat immer auch Einfluss auf die Entwicklung des gesamten Systems.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- eine Definition der psychiatrischen Pflege
- Rollen, die Pflegende gegenüber Patienten einnehmen
- verschiedene Aspekte der Identifikation mit der Berufsrolle von Pflegenden
- die Probleme des Helfersyndroms sowie die Ursachen, Folgen und Möglichkeiten der Bewältigung des Burn-out-Syndroms
- die Wirkkräfte, die in multiprofessionellen psychiatrischen Teams auftreten
- die Rolle, die Pflegende in der interdisziplinären Zusammenarbeit spielen

4.1 Berufsrolle und persönliche Entwicklung

Um der Berufsrolle des in der Psychiatrie pflegenden Menschen auf die Spur zu kommen, muss zunächst einmal der Begriff »**Rolle**« geklärt werden. Im **soziologischen** Sinne bedeutet »Rolle«, dass an das Verhalten und das äußere Erscheinungsbild eines Inhabers einer bestimmten Position eine Reihe von Erwartungen und Ansprüchen durch eine Gruppe oder die gesamte Gesellschaft bestehen. Eine Rolle wird überwiegend von außen bestimmt. Eine Interpretation durch den Rolleninhaber kann nur sehr begrenzt erfolgen.

Verschiedene Merkmale zeichnen Rollen aus:

- Die Bindung erfolgt nicht an die Person, sondern an die sozialen Positionen. Das bedeutet, dass der Inhaber einer bestimmten Position grundsätzlich auswechselbar ist, die Erwartungen an den Träger der Rolle jedoch bestehen bleiben.
- Besonders in Institutionen sind Rollen immer an Ziele und Aufgaben gebunden.
- Rollen sind immer im Kontext des gesamten Systems zu sehen.
- Rollen beziehen sich aufeinander (z. B. Pflegedienstleiter – Stationsleiter).

In *Roys* Adaptionsmodell werden Rollen als primär, sekundär oder tertiär klassifiziert (Fawcett, 1998):

- Die *primäre Rolle* bestimmt das menschliche Verhalten im jeweiligen Lebensabschnitt und richtet sich nach Alter, Geschlecht und Reife.
- *Sekundäre Rollen* werden von der Person übernommen, um die durch die primäre Rolle vorgegebenen Aufgaben zu erfüllen. Sekundäre Rollen hängen – im Gegensatz zur primären Rolle – in der Regel mit erworbenen Positionen zusammen und erfordern eine spezifische Ausgestaltung.
- *Tertiäre Rollen* leiten sich vor allem von den sekundären Rollen ab. Sie spezifizieren, wie das jeweilige Individuum seinen Rollenverpflichtungen nachkommt. Sie sind normalerweise zeitlich begrenzt und frei gewählt, betreffen z. B. Mitgliedschaften in Parteien und Vereinen.

Roy ordnet Rollen zwei verschiedene Komponenten zu. Die Instrumentelle und die Expressive. Erstere

wird auch als zielgerichtete Komponente beschrieben. Sie bezieht sich darauf, ein Rollenverhalten zu demonstrieren, das den gesellschaftlichen Erwartungen entspricht.

Die expressive Komponente betrifft die Gefühle, Meinungen, Neigungen oder Aversionen, die das jeweilige Individuum einer bestimmten Rolle bzw. der Ausgestaltung dieser Rolle entgegenbringt (Fawcett, 1998).

4.1.1 Rollendefinition und Erwartung

Werden alle Aspekte der unterschiedlichen Verständnisweisen psychischer Krankheit miteinbezogen, stellt die psychiatrische Pflege ein faszinierendes, aber auch weites Feld vielfältiger menschlicher Bezüge dar, in denen individuell Körperliches und Seelisches sowie Soziales für das Verständnis des Menschen integriert werden kann (vgl. von Klitzing, 1995).

In der Definition des Deutsche Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK) hat Pflege die Aufgaben:

- die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und zu beurteilen,
- die Betreuung, Beratung, Versorgung und Begleitung des pflegebedürftigen Menschen zu übernehmen,
- die Planung, Gewährleistung, Dokumentation und Auswertung einer individuellen und umfassenden Pflege,
- die Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen und anderen Berufsgruppen,
- Sterbenden am Lebensende beizustehen und ein würdiges Sterben zu ermöglichen,
- Mitwirkung an der Aus-, Fort- und Weiterbildung des eigenen Nachwuchses,
- Entwicklung und Verbesserung von Pflegemethoden.

Psychiatrischer Pflege liegt ein mehrdimensionales Krankheitskonzept zu Grunde. Der Mensch wird als eine Einheit von Körper, Seele und sozialem Umfeld verstanden. Die psychiatrische Pflege integriert Aspekte der somatischen Medizin mit dem Selbstverständnis der körperbezogenen Allgemeinpflege sowie Aspekte der Sozialwissenschaften, der Sozialarbeit und der Pädagogik (Abb. 4.1). Zugleich werden aber auch psychotherapeutische oder tiefenpsychologische Ansätze in das pflegerische Handeln integriert. Psychiatrische Pflege orientiert sich an den Bedürfnissen von Patienten. Dabei nimmt die Herstellung einer tragfähigen Beziehung einen zentralen Stellenwert ein.

Die meisten psychischen Erkrankungen werden durch ihre sozialen oder medizinischen Folgeerscheinungen deutlich. Hilfe wird in der Regel dann in Anspruch genommen bzw. veranlasst, wenn die

Abb. 4.1. Ansätze psychiatrischer Pflege

Krankheitsfolgen dazu geführt haben, dass der psychisch Kranke wesentliche Einschränkungen bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen an das Leben erfährt und die Fähigkeiten, sein Leben mit einer größtmöglichen Unabhängigkeit zu gestalten, verloren hat. Den Pflegenden kommt dabei eine Schlüsselposition zu. Der Zugang des Arztes und der anderer Berufsgruppen zum Patienten vollzieht sich in erster Linie über die Krankheitssymptomatik. Die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten findet auf allen Ebenen der Lebensbewältigung statt (Schädle-Deininger, 1997).

Pflege befasst sich weniger mit der Krankheitssymptomatik. Dafür jedoch umso mehr mit den Auswirkungen der Erkrankungen auf die Fähigkeiten des Patienten, sein Leben zu gestalten. Die Wahrnehmung des Menschen berücksichtigt seine individuellen, physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und geistigen Bedürfnisse. Die Hauptaufgaben der Pflege sind es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem **Anpassungsprozess** zu begleiten und zu unterstützen, in einem psychischen, physischen und sozialen Gleichgewicht zu bleiben bzw. die Fähigkeiten zu fördern, bleibende Einschränkungen zu kompensieren.

»Ohne Pflege der Beziehung, der Umwelt, der Wohnung, der Wäsche, des Körpers, der Zähne, der Seele kommt ein Mensch nicht aus. Da man vor allem die Pflege der Seele nicht gut lernt, und immer eines auch Ausdruck des anderen ist, ist die Wahrnehmung der Pflege überall unerlässlich. Das können und das tun Angehörige anderer Berufsgruppen nicht.« (Dörner u. Plog, 1989)

Das Hauptmerkmal psychischer Erkrankungen ist eine Störung der Fähigkeit, Beziehung zu gestalten. Dies hat zur Folge, dass viele psychisch erkrankte Menschen in großer Isolation leben. Menschliche Nähe gehört jedoch zu den lebensnotwendigen Grundbedürfnissen. Eine Veränderung der psychischen Problematik und eine Reifung der Persönlichkeit gelingen nur im Austausch und der Auseinandersetzung mit anderen Menschen. Der Pflege des Beziehungsprozesses kommt daher eine zentrale Bedeutung zu. Sie stellt die Basis der psychiatrischen Pflege dar.

Aufgaben der Pflege

- Gestaltung des Milieus,
- Beziehungsgestaltung,
- Installierung, Begleitung und Leitung von Gruppen,
- Krisenbegleitung und -bewältigung,
- Entlassungsplanung,
- Tages- und Wochenstrukturierung,
- Patientenbeobachtung,
- Sicherstellung der Medikamenteneinnahme und anderer therapeutischer Maßnahmen,
- Begleitung des Patienten über die Gesamtheit des Krankheitsprozesses,
- Angehörigenarbeit; Einbeziehung des sozialen Umfelds des Patienten,
- Anwendung des Pflegeprozesses,
- Gestaltung der Strukturen einer Pflege- und Behandlungseinheit sowie Gewährleistung eines kontinuierlichen Informationsflusses zwischen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen,
- Dokumentation und Steuerung der Dokumentationsqualität im interprofessionellen Sinn.

Ambulante psychiatrische Pflege

Davon abweichend definiert sich die ambulante psychiatrische Pflege über die oben aufgeführten pflegerischen Aufgaben hinaus als eine aufsuchende Tätigkeit. Sie sieht sich vornehmlich als Verbindungsglied zwischen Beratungsstellen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Ärzten, Therapeuten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst etc. Ihre Aufgabe ist die Vermeidung bzw. Verringerung der Klinikaufenthalte und damit eine Verhinderung der Hospitalisierung. Die Unterstützung bei der praktischen Bewältigung des Alltags erfolgt im gewohnten Lebensumfeld des Patienten. Grundlegendes Ziel der ambulanten psychiatrischen Pflege ist die Förderung von Integration in die Umgebung und die Verhinderung von Chronifizierung (vgl. BAPP, 2003).

Psychodynamische Pflege

Nach Hildegard Peplau ist Pflege ein bedeutsamer, therapeutisch wirkender und wirksamer zwischenmenschlicher Prozess. Dieser geht mit anderen menschlichen Entwicklungen einher, die dem Einzelnen ein normales Leben in der Gemeinschaft ermöglichen (◘ Abb. 4.2). Die Pflege ist eine reifefördernde Kraft, die darauf ausgerichtet ist, die Ent-

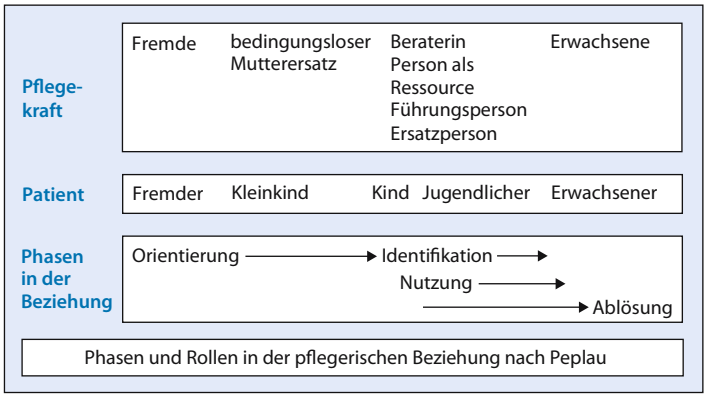


Abb. 4.2. Rollen in der pflegerischen Beziehung (nach Peplau)

wicklung der Persönlichkeit auf ein kreatives, produktives Leben als Individuum und in der Gemeinschaft zu fördern. In diesem Prozess können der Pflege entsprechende Rolle zugeordnet werden (Schädle-Deininger u. Villinger 1996).

In der Rolle des *Fremden* wird dem Patient die Gelegenheit gegeben, seinen Möglichkeiten entsprechend Kontakt aufzunehmen.

In der Rolle des *Ansprechpartners* wird der Patient durch die Phase der Unsicherheit und Neuorientierung geleitet. Der Patient erhält Informationen, die für den Aufenthalt in der Einrichtung oder für sein Leben in häuslicher Umgebung notwendig sind.

Dazu ergänzt sich die Rolle des *Beraters*, der über gesundheitsförderndes bzw. Krankheitssymptome verstärkendes Verhalten aufklärt. Die Beratung beinhaltet sowohl eine verbale Dimension als auch eine emotionale. Sie bezieht sich sowohl auf die Sachinformation als auch auf die Gefühlsebene des Patienten.

Die Rolle des *Gegners* entsteht immer dann, wenn sich die Interessen und Ziele des Patienten nicht mit denen der Pflege decken. Dies geschieht fast immer bei einer Behandlung gegen den Willen des Patienten. Entsteht jedoch auch aus den Störungsbildern heraus. Insbesondere dann, wenn unbewusste Konflikte auf Pflegende übertragen werden.

In der Rolle des *Stellvertreters* übernimmt eine Pflegeperson die Rolle einer Bezugsperson aus der Biographie des Patienten. Dieses Rollenbild ist geprägt durch Übertragung und Gegenübertragung. Wichtig ist es, sich bewusst zu machen, dass es sich um eine »Stellvertretung« und nicht um eine »Übernahme« handelt (vgl. Schädle-Deininger u. Villinger, 1996).

Mitunter dient jedoch auch das gesamte Team der Pflegenden gleichermaßen als **Projektionsfläche**. Zum Beispiel in der Funktion der *Eltern*. Mit der Übernahme dieser Rolle werden auch die entsprechenden Konflikte übernommen. Der Patient initiiert Auseinandersetzungen, die er mit seinen Eltern zu führen hätte. Dies zeigt sich im stationären Alltag oft an verschiedenen Dingen. So könnte einem rebellischen Verhalten – Auflehnung gegen die Stationsregeln, Verweigerung der Medikamenteneinnahme, latent aggressive Haltung – ein solcher Konflikt zugrunde liegen. Für die Pflegeperson ist es wichtig, frühzeitig zu erkennen, welche Rolle ihr zugeschoben wurde, um daraus entsprechende Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln.

Aus der Verantwortung der Pflege für die Aufrechterhaltung von notwendigen Strukturen, erwächst noch eine weitere Folge von Rollen.

In der Rolle des *Wärters* befinden sich Pflegende, wenn es notwendig ist, die sichere Verwahrung von Patienten, die gegen ihren eigenen Willen untergebracht sind, zu garantieren. Hierzu gehört in der Regel auch die Rolle des *Aufpassers und Gewährleisters*. Eine Rolle, die Pflegende bekleiden, wenn z. B. die Einnahme von Medikamenten sicher gestellt sein muss oder wenn selbst- oder fremdschädigendes Verhalten verhindert werden soll.

Die Rolle des *Vollstreckers* wird bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen eingenommen.

Erwartungen

An jede Rolle sind Erwartungen geknüpft, wie die Rolle gelebt werden soll. Sowohl der Rolleninhaber, als auch die mit der Rolle verbundenen Beteiligten

haben Erwartungen. Die Rollenerwartungen bestimmen, was ein Rollenträger wann und mit wem zu tun hat. Die gebündelten Erwartungen beeinflussen also in ihrer Gesamtheit die Rollendefinition. Nicht alle Erwartungen haben das gleiche Gewicht:

- Muss-Erwartungen: werden diese nicht erfüllt, ergeben sich daraus meist klare Sanktionen,
- Soll-Erwartungen: hier ist ein großes Konfliktpotenzial, wenn die Erwartungen nicht übereinstimmen,
- Kann-Erwartungen erlauben einen gewissen Spielraum.

Klaffen Rollenerwartungen und die Rollengestaltung auseinander, ergeben sich ein **Rollenkonflikt** und vom Rollenverhalten enttäuschte Bezugspersonen (vgl. Wiesendanger, 2004).

Die Erwartungshaltung von Ärzten wird deutlich, wenn man sich die Reaktionen auf die Neuorientierung und die Bedürfnisse nach Kompetenzerweiterung der Pflege vergegenwärtigt. An erster Stelle steht die Sorge, dass der Pflegekraft Ressourcen fehlen, um ärztlichen Anordnungen noch im ausreichenden Maß nachzukommen. Dahinter steht eine sehr reduzierte Vorstellung von Pflege, die sich auf eine Grundversorgung des Patienten beschränkt und ansonsten ihre Aufgabe in der Umsetzung ärztlich angeordneter Maßnahmen sieht; also ihrer ursprünglichen Bezeichnung des »Heilhilfsberufes«, ärztlicher orientiert, Rechnung trägt. Eine umfassende Pflegeplanung wird als Zeitaufwand empfunden, der sinnvollerweise für ärztliche Wünsche oder spezielle Pflege genutzt werden kann (vgl. Veenstra, 2002).

Die Erwartungen anderer Berufsgruppen, Angehöriger aber auch Pflegender selber sind, dass Pflege über sämtliche Informationen verfügt und diese jederzeit abrufbar bereitstellt. Das Aufrechterhalten der Organisationsstrukturen wird unbedingt erwartet. Hierfür scheint keine andere Berufsgruppe bereit zu stehen.

Innerhalb der psychiatrischen Pflege herrschen, je nach beruflicher und privater **Sozialisation**, sehr unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen an die Aufgaben. Eine langjährige Pflegekraft, die den überwiegenden Teil ihres Berufslebens in somatischen Einrichtungen verbrachte, wird vollkommen andere Vorstellungen haben als eine Pflegekraft, die soeben ihre Fachpflegeausbildung und damit eine Spezialisierung in ihrem Berufsfeld absolvierte. Die Erwartungen an die Auskleidung der Rolle differiert insbesondere bei unterschiedlichen Auffassungen von psychiatrischer Versorgung.

4.1.2 Rollenidentifikation und Distanz

Rollenidentifikation bedeutet, die Bindung an eine Rolle durch Verinnerlichung der Rollenerwartungen. Dabei entsprechen sich die vorgeschriebenen Verhaltensnormen und die eigene Bedürfnislage. Ein Schaubild soll dies verdeutlichen (◘ Abb. 4.3).

Der **Identifikation** mit der Berufsrolle liegen 4 Hauptelemente zugrunde (vgl. Veenstra, 2002):

1. Die Berufsbezeichnung und die damit verbundene Ideologie: Es besteht die Möglichkeit, die Berufsbezeichnung anzunehmen oder abzulehnen. So steht z. B. die Bezeichnung Krankenschwester noch für ein Berufsbild, das dem 19. Jahrhundert entstammt. Krankenpflege wurde nicht als Beruf gesehen. Sie galt, wie die *Hausarbeit*, deren Verrichtung neben der Mutter auch der *Schwester* als Mitglied eines Familienverbandes obliegt, als Liebestätigkeit. Mit der Entwicklung und Neuorientierung des beruflichen Selbstverständnisses von Pflege veränderte sich auch die Annahme der alten Berufsbezeichnung (vgl. Bögemann-Großheim, 2004).
2. Die Bindung an die Aufgabe: Die Aufgabe kann als ein enges, sehr spezielles Feld gesehen werden oder auch sehr weit gefächert. So herrschen in der psychiatrischen Pflege, je nach beruflicher und privater Sozialisation, sehr unter-

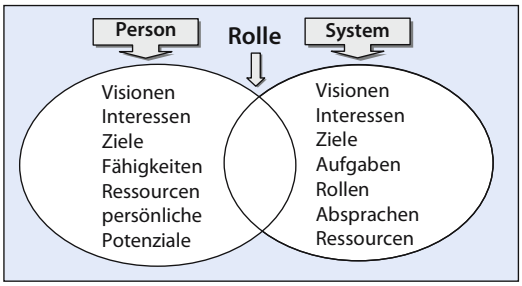


Abb. 4.3. Rollenerwartung – Rolleneinnahme

schiedliche Vorstellungen und Erwartungen an die Aufgabe.
3. Das Interesse an bestimmten Organisationen oder Positionen innerhalb der Organisation: Für manche Berufe existiert nur eine geringe Anzahl von Organisationen oder beruflichen Positionen, in denen die Angehörigen des Berufes arbeiten können. Andere Berufe bieten dagegen eine Vielzahl von Möglichkeiten.
4. Die Bedeutung der eigenen Position in der Gesellschaft: Dies kann sozialen Aufstieg, Abstieg oder Beibehaltung des sozialen Status bedeuten (vgl. Veenstra, 2002).

Jedes Tätigsein besitzt unterschiedliche **psychosoziale Funktionen**. Diese werden beschrieben als:

- *Aktivität und Kompetenz:* Die Erfahrung im Umgang mit einer Arbeit führt zum Gefühl der Handlungskompetenz, die eine wichtige Komponente für unsere Handlungsmotivation ist.
- *Zeitstrukturierung:* Die Arbeit strukturiert unseren Tages-, Wochen- und Jahresablauf. Auch Konzepte, wie z. B. Freizeit und Urlaub sind definierbar in ihrem Bezug zur Arbeit.
- *Kooperation und Kontakt:* Die meisten beruflichen Aufgaben können nur in Zusammenarbeit mit anderen Menschen ausgeführt werden. Diese ist eine wichtige Grundlage kooperativer Fähigkeiten und ermöglicht den Beschäftigten in einem sozialen Umfeld zu leben.
- *Soziale Anerkennung:* Durch die eigene Leistung sowie durch die Kooperation mit anderen erfährt der Tätige soziale Anerkennung, die das Gefühl vermittelt, einen nützlichen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten.
- *Persönliche Identität:* Die Berufsrolle, die Arbeitsaufgabe sowie die Erfahrung, die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beherrschung der Arbeit zu besitzen, bilden eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung von Identität und Selbstwertgefühl. Wir sind »jemand« durch Arbeit.

Persönliche Variablen bilden einen entscheidenden Einfluss auf die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Funktion. Diese sind Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Familienstand und Familiengröße, subjektive Bedeutung der Tätigkeit, individuelle Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmale, Bewältigungsstile und die damit verbundenen Ressourcen.

Externe Aspekte haben ebenfalls einen wesentlichen Einfluss. So ist das gesellschaftliche Bild vom Beruf der Krankenpflege momentan in einer enormen Veränderung begriffen.

Bisher gelten in der Konsumgesellschaft Alter, chronische Krankheit oder Behinderung als unbeliebte Themen. Die Medien berichten eher über Fortschritte in der Medizin als über Rückschritte der Pflege, selbst wenn die letzteren mehr Lebensqualität bedrohen als die ersteren sie jemals fördern können. Für neuere und modernere Tumorforschungszentren, die Herzchirurgie usw. ist es immer noch leichter, öffentliche Gelder zu bekommen, als für eine intensivere Pflegeforschung und einer damit verbundenen besseren Qualifizierung von Pflegekräften (Schmidbauer, 1999).

In der westlichen Hemisphäre findet momentan ein enormer demographischer Wandel statt. Die Gesellschaft beginnt zu »überaltern«. Im Gesundheitswesen hat dies einen Prozess in Gang gesetzt, der am Ende eine völlige Neustrukturierung zur Folge haben wird. Sichtbar wird, dass die Möglichkeiten der Medizin, die Fähigkeiten Krankheiten zu heilen, mehr und mehr an ihre Grenzen stoßen. Es wird auf absehbare Zeit keine überzeugenden therapeutischen Konzepte für Menschen mit Demenzerkrankungen, chronischen oder degenerativen Leiden geben. Demgegenüber gewinnt die Aufgabe und Rolle der Pflege an Bedeutung. Die Anforderungen der Pflege sind schon lange nicht mehr auf eine dienende Zuarbeit für die Medizin begrenzt. Die Zunahme von chronischen, multimorbiden Krankheitszuständen und von Pflegebedürftigkeit sowie die Abnahme familiärer Pflegekapazitäten, haben einen wachsenden Bedarf an pflegefachlichen Leistungen zur Folge. Dem Pflegebereich erwächst ein eigenständiges Arbeitsfeld. So gilt es z. B. Pflegekonzepte zu entwickeln, die ein menschenwürdiges Leben in bedingter Gesundheit ermöglichen, die Fähigkeiten der Kompensierung von Einschränkungen zu fördern etc. Die Ansprüche an die pflegerische Versorgung und der sektorale Bedeutungswandel im Gesundheitssystem zusammen mit pflegewissenschaftlichen Innovationen führen zu neuen Anforderungen in diesem Berufsfeld. Mit der neuen Berufsbezeichnung »Gesundheits- und

Krankenpfleger/-in« wird diesem Wandel Rechnung getragen.

Mit den sich verändernden Anforderungen an die Berufsrolle »Gesundheits- und Krankenpfleger/-in« wachsen zugleich auch die Anforderung an die Person, die sich dazu entschlossen hat, diese Rolle anzunehmen und auszufüllen. Im Sinne einer zunehmenden Konturierung des Rollenbildes muss sich jeder Einzelne diesen Anforderungen stellen. Gefordert wird eine Entwicklung bzw. Ausdifferenzierung der beruflichen **Identität**, die sich bisher hinter der Identität und Macht der Mediziner verstecken musste. Dies wird umso deutlicher, wenn man bisher medizinische Institutionen genau beobachtete. W. Schmidbauer fühlt sich in seinem Buch »Helfen als Beruf« daran erinnert, dass die ersten Einrichtungen, in denen Kranke in öffentlichem Auftrag gepflegt wurden, militärische Lazarette waren; auch die Pflegeorden standen im Mittelalter den militärischen Ritterorden nahe. Im Sinne einer militärischen Doktrin, in der es notwendig erscheint, persönliche Gefühle und Wünsche zu verdrängen und zu verleugnen, wurde bisher auch vom Pflegepersonal in aller Regel erwartet, zu funktionieren, ohne Ansprüche zu stellen. Es erschien nicht notwendig, Befehle zu verstehen oder gar in einem Dialog ein solches Verständnis zu erarbeiten. Durch die Konstitution einer dem Pflegepersonal prinzipiell überlegenen und im einzelnen nicht erklärungsbedürftig erscheinenden medizinischen Autorität fühlte sich die *Schwester* oft gerade aus dem Kern, dem eigentlich Wesentlichen der Interaktion mit der sie befasst war, ausgeschlossen (Schmidbauer, 1999). Mit dem Bestreben einer zunehmenden Konturierung des Rollenbildes der Gesundheits- und Krankenpflege jedoch verändert sich die Position der diese Rolle auskleidenden Person. Die Veränderung findet allerdings sehr schleichend statt, sodass – zumindest an der Basis – die **Identifikation** mit der *Profession* Pflege unverändert schwierig erscheint. Berufliche Identifikation ist an die Versprachlichung des eigenen Tätigkeitsfeldes geknüpft (vgl. Wettreck, 2001). Den meisten Pflegenden fällt es jedoch sehr schwer, den eigentlichen Arbeitsauftrag zu formulieren, also zu beschreiben, was *Pflege* denn nun eigentlich ist. Pflegen oder helfen kann doch eigentlich jeder. Pflege geschieht *aus dem Bauch heraus*. Das eigene Handeln wird kaum hinterfragt. Die Rollen, die psychiatrisch Pflegende einnehmen, werden selten wahrgenommen, die Beziehungsgestaltung findet zumeist unreflektiert statt. Hinzu kommt, dass viele Pflegenden sich nach wie vor in der Rolle des ärztlichen Erfüllungsgehilfen sehen. Auch wenn dies selten offen zur Sprache kommt und häufig abgewehrt wird, so sind die alten Muster im Bewusstsein dennoch tief verankert und stehen einer Identifikation mit der Berufsrolle im Wege.

Die berufliche Identität ist aber eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung von Selbstwertgefühl und persönlicher Identität. Die soziale Anerkennung erwächst über das Tun. Je mehr Identifikation mit dem beruflichen Handeln besteht und je mehr erfahren wird, dass die Arbeit eine positive Auswirkung auf den sozialen Status und das Selbstwertgefühl hat, desto mehr wächst die Bereitschaft, die für dieses Tun notwendigen Fähigkeiten zu entwickeln und zu erweitern.

Rollendistanz

Mit **Rollendistanz** wird die Fähigkeit bezeichnet, Normen oder Rollenerwartungen wahrzunehmen, sie zu interpretieren und mit ihnen reflektierend so umzugehen, dass die eigenen Bedürfnisse in die Interaktion eingebracht werden können. Das heißt, dass in bestimmten Situationen die Notwendigkeit besteht, Abstand zu seinem Handeln einzunehmen. Der Handelnde weiß, dass er innerhalb eines Sozialgefüges eine Rolle einnimmt; er denkt über seine Rolle nach.

In der Pflegeinteraktion sind viele strukturellen Barrieren vorhanden, die es für Pflegende notwendig machen, ausreichend Rollendistanz zu wahren, um die professionelle **Handlungsautonomie** zu erhalten aber auch um der Bedrohung des individuellen Gleichgewichts und damit einer Gefährdung des gesamten Individuums zu begegnen.

In der modernen Psychiatrie sind die Ansprüche, die Pflegende an sich selber stellen, zum Teil sehr gestiegen. Es werden viele therapeutische Ideale mit der Zielsetzung übernommen, eine intensive und vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen. Gefordert ist, sich in der alltäglichen Arbeit auf die Patienten einzulassen und sie besser zu verstehen. Eine Folge ist, vieles von dem Leid und den bedrohlichen Erlebnissen des Patienten auf sich zu nehmen. Pflegende müssen diesen Anspruch er-

füllen, ohne dass sie ähnliche Schutzmöglichkeiten wie andere Berufsgruppen haben (von Klitzing, 1995). Durch die kontinuierliche Betreuung im Alltag und das permanente Zusammensein bestehen wenige Möglichkeiten des Rückzugs. Dies macht die Einnahme einer Distanz zwingend notwendig. Zugleich wird hier aber auch die Schwierigkeit deutlich, sich *bewusst* von der zugeschriebenen Rolle zu distanzieren. Die bewusste Einnahme von Distanz ist notwendig, um z. B. **Übertragungsphänomene** wahrzunehmen. Pflegende sind gerade durch ihre andauernde Präsenz sehr viel häufiger Situationen ausgesetzt, in denen Patienten ihre innerpsychischen Themen abarbeiten. Pflegende bieten sich als Projektionsfläche im besonderen Maße an. Psychiatrisch Pflegende dienen als Übertragungsobjekt für Neuinszenierungen unbewusster Wünsche mehr als andere Berufsgruppen. Dies erklärt sich aus der ständigen Präsenz mit der Begleitung nahezu aller Alltagsbereiche des Patienten. Mehr jedoch aus der Rolle, Beziehungen zu gestalten, einen möglichst menschlichen Umgang zu gewährleisten, gleichzeitig aber Kontroll- und Überwachungsfunktionen wahrzunehmen und für die Aufrechterhaltung der Strukturen verantwortlich zu sein.

Die besonderen Belastungen im Umgang mit bestimmten Patienten machen eine Rollendistanz zwingend erforderlich. Die Konfrontation mit psychischer Krankheit und Leid sowie der Umgang mit psychiatrischen Patienten ist an sich schon eine seelisch sehr belastende Tätigkeit. So stellt die Aufgabe, eine Beziehung zu Menschen mit schweren Beziehungsstörungen herzustellen, eine grenzwertige Herausforderung dar. Das beständige Austarieren von Nähe und Distanz über einen Zeitraum von 24 Stunden ohne ausreichende Möglichkeiten des Rückzugs und der inneren Einkehr erfordert sehr viel Disziplin. Besonders deutlich wird dies im Umgang mit Psychotikern. In dem außerordentlich dichten pflegerischen Umgang gibt es wenige Schutzmöglichkeiten. Pflegende müssen sich in diesem Falle auf die eigene psychische Stabilität berufen, um sich vom psychotischen Erleben der Patienten abzugrenzen. Die Grenze zwischen »normal« und »psychisch krank« ist oft fließend. Die enge Konfrontation mit psychotischen Patienten und deren Erleben rührt an die eigenen psychotischen Kerne, die jeder Mensch teilweise auch in sich trägt. Dies löst Angst aus. Zum eigenen Schutz ist eine Distanz von der Rolle notwendig, um die eigenen psychischen Funktionen aufrechtzuerhalten und damit die Psychose als psychischer Zerfall nicht in einem selbst Raum ergreift (von Klitzing, 1995).

4.1.3 Rollenkonflikte

Ein Rollenkonflikt liegt dann vor, wenn sich die Erwartungen an den Rolleninhaber widersprechen oder nicht miteinander vereinbar scheinen. Man kann zwischen verschiedenen Rollenkonflikten unterscheiden.

Interrollenkonflikt

Personen bekleiden in einer Gesellschaft immer gleichzeitig mehrere Rollen oder soziale Positionen. Manchmal stehen die Erwartungen an die unterschiedlichen Rollen im Widerspruch zueinander. Aufgrund von Unvereinbarkeiten zwischen den verschiedenen Rollen kommt es zu Konfliktsituationen. Häufig entstehen diese Konflikte durch die Kollision zwischen der Berufsrolle und der Rolle als Familienmitglied oder Ehepartner.

Kasuistik

Eine Pflegende hat einen Ausflug mit ihrem Ehemann geplant, wird aber aufgrund eines Personalausfalls kurzfristig aus ihrem Frei gerufen. Die Erwartung der Station steht im Widerspruch zu den Erwartungen des Ehemannes.

Interrollenkonflikte können auch durch widersprechende Erwartungen an die eigene Geschlechtlichkeit entstehen. So erleben männliche Pflegende einen Konflikt zwischen den sich widerstreitenden Erwartungen einerseits an ihre Rolle als *Mann* in der Gesellschaft, teilen aber zugleich mit den Kolleginnen die Erwartungen an den *Frauenberuf* Krankenpflege.

Intrarollenkonflikte

Damit sind **Konflikte** gemeint, die durch widersprüchliche Erwartungen an eine bestimmte Rolle entstehen. Sie können auf unterschiedliche Art zu Konflikten führen.

Kasuistik

Ein akut erkrankter Psychotiker stellt durch seinen Wahn eine unmittelbare Gefahr für sich selber und andere dar. Die Pflegenden erleben ihn mitsamt seinen sich widersprechenden, zerfahrenen und unglücklichen Gefühlen, aber auch mit seinem Bedürfnis nach Geborgenheit und Schutz. Zugleich stehen sie aber einem Fehlen jeglicher Krankheitseinsicht gegenüber. Der Patient lehnt jegliche Medikamenteneinnahme ab. Das Bedrohungspotenzial ist aber inzwischen so hoch, dass mithilfe einer Zwangsmaßnahme interveniert werden muss. Der Patient wird fixiert und zwangsmediziert.

Für die Handelnden besteht auf der einen Seite die Verpflichtung, einem sehr schwer erkrankten Menschen in all seiner Hilflosigkeit und Verlorenheit beizustehen, auf der anderen Seite aber die unbedingte Pflicht, Gefahr von ihm und anderen abzuwenden. Der Konflikt entsteht durch die sich widersprechende Erwartung zu helfen und der, einem Menschen Gewalt anzutun.

Personen-Rollen-Konflikt

Diese Art von Konflikt liegt dann vor, wenn die Aufgabe mit den Werten, Motiven und Einstellungen des Rollenträgers unvereinbar zu sein scheint. Das heißt, dass die Rollenerwartungen des Systems nicht mit den eigenen Werten in Einklang zu bringen sind.

Kasuistik

Ein Pflegender hat einige Bezugspatienten, die, im Sinne des Pflegeprozesses, einen großen Aufwand an Betreuung benötigen. Die Erwartungen des Pflegenden an seine Rolle ist es, diesen berechtigten Ansprüchen gerecht zu werden. Aufgrund des personellen Mangels ist dies jedoch nicht möglich. Da auch noch eine Stationshilfe fehlt, die für den hauswirtschaftlichen Teil zuständig wäre, beschränkt sich die Arbeit darauf, den formellen Ablauf des Stationsalltags aufrechtzuerhalten und den Patienten die notwendigste Grundversorgung zukommen zu lassen.

Der Konflikt besteht in diesem Falle darin, auf der einen Seite berechtigten Ansprüchen der Patienten nicht gerecht zu werden und das eigene Bedürfnis nach qualitativer, hoch wertzuschätzender Arbeit nicht befriedigen zu können, auf der anderen Seite aber den Erwartung des Systems zu entsprechen und die Grundversorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten.

Rollenambiguität

Rollenambiguität (*Ambiguität: Zweideutigkeit, Doppelsinn*) liegt vor, wenn die Ausfüllung der Arbeitsrolle nicht erfolgen kann, weil die notwendigen Informationen zur Durchführung der Tätigkeit nicht vorhanden sind oder unklar definiert wurden. Diffuse oder unausgesprochene Erwartungen bieten Freiraum zur Interpretation. Zum Konflikt kommt es, wenn die durch Interpretation entstandene Rollenübernahme mit den – unausgesprochenen – Erwartungen nicht übereinstimmt. Man spricht von einer Normen- und Interpretationsdiskrepanz. Die Folge sind für das jeweilige System typische Sanktionen (z. B. Mobbing, Widerstände etc.).

Kasuistik

Ein Beispiel hierfür ist die Arbeit auf einer allgemeinpsychiatrischen Station mit fehlender Konzeption. Keine der dort tätigen Berufsgruppen verfügt über eine Arbeitsplatzbeschreibung. Die Versuche von Rollenklärungen und Definitionen beschränken sich auf unverbindliche Diskussionen mit eher informellem Charakter, z.B. im Rahmen von Mittagsübergaben (»Aufgabe der Pflege könnte es in dem Fall ja eigentlich sein … Die Psychologin müsste mal …!«). Jedes einzelne Teammitglied füllt seine Rolle entsprechend der jeweiligen Vermutung, Interpretation und dem Erlernten aus. So haben die Pflegenden eine weit auseinanderklaffende und vielfach diffuse Vorstellung von dem, was die Tätigkeit einer Psychologin auf der Station sein soll. Die ärztliche Verrichtung soll sich – möglicherweise – auf die Medikation der Patienten beschränken. Die Auffassung von Arzt und Psychologin bezüglich pflegerischer Arbeit ist es, sich aus allem Thera-

▼

peutischen herauszuhalten und sich auf Ordnung und Sauberkeit zu beschränken. Die Vorstellung hinsichtlich der eigenen Rolle innerhalb der Pflege ist je nach Kompetenzgrad und Fähigkeiten ebenfalls sehr unterschiedlich. Das Team ist hoffnungslos zerstritten, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit findet lediglich an der Oberfläche statt. Die Folge ist eine Vielzahl von Konflikten, die ihre Ursachen in permanenten Kompetenzüberschreitungen, unklaren Befugnissen und Zuständigkeiten haben.

Rollenüberforderung

Von einer Rollenüberforderung spricht man, wenn die Anforderungen an die Person zu hoch sind. Eine Person sieht sich mit Erwartungen konfrontiert, denen sie aufgrund gegebener Umstände nicht entsprechen kann. Bei der Rollenüberforderung müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden:

- Rollendruck: wird als *externer* Reiz verstanden, betrifft die Belastungen durch das Umfeld,
- Rollenstress: wird als *interner* Faktor bezeichnet und betrifft die Persönlichkeitsmerkmale der jeweiligen Person, die dem Rollendruck entsprechend ihrer Struktur begegnet.

Ein permanenter Rollenkonflikt entsteht für die Pflege aus der Tatsache heraus, mit einem hohen Faktor an Wissen ausgestattet zu sein, ein hohes Maß an Verantwortung übernehmen zu müssen und doch letztlich sehr wenig Wertschätzung zu erfahren. In der Realität sieht das so aus, dass Pflege unter keinen Umständen Entscheidungen treffen darf, im Bedarfsfall genau dies jedoch tun muss. Wie mit einem Schalter in seiner Kompetenz an- oder ausgeknipst zu werden, stellt eine Kränkung dar, deren Folge – je nach Persönlichkeit – rebellisches, stark konkurrierendes oder resignatives Verhalten sein kann (vgl. Schmidbauer, 1999).

Die emanzipatorischen Bestrebungen der Pflege und der Wunsch nach Kompetenzerweiterung stoßen auf wenig Verständnis. Die Untermauerung der Pflege durch Entwicklung einer spezifischen Wissenschaft wird nicht ernst genommen. Es gibt ein Bestreben, insbesondere von ärztlicher Seite, die Berufsgruppe der Pflegenden klein zu halten.

Auf der anderen Seite jedoch muss auch deutlich betont werden, dass die Geringschätzung und Unklarheit des Berufsbildes von Pflegenden derart verinnerlicht wurde, dass die eigene Rolle als wenig wertvoll erlebt wird. Der aus Abwertung und Unklarheit des Berufsbildes heraus entstehende Konflikt zieht sich auch quer durch die Berufsgruppe der Pflegenden. Wer sich hauptsächlich als weisungsgebundene ärztliche Hilfskraft versteht, hat eine andere Beziehung zu Patienten und Kollegen als Pflegende, die ihre Arbeit als eigenständigen Auftrag verstehen. Sehr häufig läuft dieser Konflikt eher unterschwellig ab. In seiner Außenwirkung wird er zumeist als Problem des einzelnen Individuums wahrgenommen. Auf alle Fälle führt er dazu, dass Pflege weiterhin wenig entscheiden und mitgestalten kann.

Solange ich mich selber abwerte, kann ich kaum erwarten, von anderen mit Wertschätzung behandelt zu werden.

4.1.4 Selbstbild und Fremdbild

Selbstbild ist das Bild, das jemand von sich selbst hat bzw. macht. Das Selbstbild setzt sich aus folgenden Aspekten zusammen:

- *Identität:* damit ist das Ich als in sich geschlossenes System gemeint: Name, Alter, Geschlecht, Lebensort; die Identität stellt Konstante über das ganze Leben hinweg dar,
- *Körper und äußere Erscheinung,*
- *Herkunft, Familie und Sozialisation,*
- *Anlage und Begabungen,*
- *Fähigkeiten und Fertigkeiten,*
- *Bildung, Ausbildung, Arbeit und Beruf,*
- *Vitalität und Vitalbedürfnisse:* damit sind Bedürfnisse gemeint, die für das eigene Leben, die Ausgestaltung und das größtmögliche Wohlgefühl essenziell, unverzichtbar sind,
- *Wünsche, Interessen, Ziele, Träume,*
- *Charakter und Werte,*
- *Lebens- und Wohnformen,*
- *Erfahrungen, Erlebnisse und Begegnungen,*
- *Besitz,*
- *Sozialbeziehungen,*
- *Erholung und Freizeit.*

Bewertung des Selbstbildes:

- *Wertigkeit:* positiv, negativ, ambivalent,
- *Stabilität:* konstante Wertigkeit, oder fragil, flüchtig, wechselhaft,
- *Kongruenz:* Selbst- und Fremdbild sollten innerhalb des Lebensmilieus in für wichtig erachteten Dimensionen nicht zu sehr oder zu stark voneinander abweichen, um nicht Dauerkonflikte und Beziehungsprobleme hervorzurufen.

Dem Selbstbild gegenüber steht das Fremdbild. Damit sind die Bilder gemeint, die andere von einem haben. Sie bilden sich durch die subjektive Sichtweise des Anderen. Die Fragen, die sich daraus ergeben: Woher kommt der Unterschied? Woraus besteht oder worin befindet sich der Unterschied? Was geschieht in mir und mit mir, wenn ich den Unterschied in mir wirken lasse?

4.1.5 Identität und Selbstbild

Unter Identität wird die Einheit der Person verstanden. Sie wird als in sich und in der Zeit beständig erlebt. Ich-Identität bewirkt, dass das Individuum zwischen seiner persönlichen und seiner sozialen Identität ein Balanceverhältnis herstellen kann. Ich-Identität ist ebenso auf die verhaltensstabilisierende Wirkung der sozialen Rollen angewiesen, wie umgekehrt Ich-Identität mit in das persönlichkeitsbestimmte Rollenverhalten eingeht. Die personale und soziale Identität stehen miteinander im Widerstreit: In der biographischen Dimension wird vom Individuum verlangt, zu sein wie kein anderes, die soziale Dimension dagegen schreibt ihm zu, zu sein wie alle anderen.

Die Identitätsbildung von Pflegenden entwickelte sich über eine medizinische Assistenzfunktion einerseits und einem menschlich-humanitären Betreuungsauftrag andererseits. Letzteren kann man als den eigentlichen *pflegerischen* Auftrag bezeichnen. Dieser wurde jedoch nie vollständig professionalisiert sondern wurde ein dem ärztlichen Assistenzdienst untergeordnetes Zusatzamt. Das Problem, das sich aus dieser *Mischarbeit* ergab, war ein unvollständiger Beruf. Eine professionelle Identität, die sich nie als eine in sich geschlossene Einheit hat entwickeln können. Dies gilt bis heute (vgl. Bögemann-Großheim, 2004).

Das aus der schwierigen und unvollständigen Identitätsbildung erwachsene Selbstbild von Pflegenden ist nicht sehr homogen und teilweise im Widerstreit befindlich. So war die *klassische Schwester* in der Psychiatrie seit jeher weniger stark vertreten als in somatischen Bereichen der Pflege. Ein Grund hierfür findet sich darin, dass gerade in der Arbeit mit psychisch Kranken die Grenze des medizinischen Heilanspruchs deutlich wird. In den momentanen Zeiten des Umbruchs wird hier zunehmend das Primat der Pflege deutlich. Wo keine Heilung im eigentlichen Sinne erfolgen kann, müssen Pflegekonzepte entwickelt werden, die ein menschenwürdiges Leben mit bedingter Gesundheit ermöglichen und Folgeschäden vermeiden helfen. Dem gegenüber steht jedoch das nach wie vor wenig entwickelte Selbstwertgefühl Pflegender mit der Neigung zur Selbstabwertung. Die Unterordnung unter die ärztliche Tätigkeit wird sehr häufig bereitwillig angenommen. Das Selbstbild entspricht hier dem des ärztlichen Erfüllungsgehilfen. Auch ist das Bild der psychiatrisch-pflegerischen Rolle bei Pflegenden häufig weniger deutlich und eher von Indifferenz geprägt.

4.1.6 Fremdbild

Ein Problem der psychiatrischen Pflege ist, dass sich die in der Gesellschaft noch weit verbreitete Stigmatisierung des psychisch Kranken auch auf das Ansehen der in der Psychiatrie Beschäftigten überträgt (von Klitzing, 1995). Das Bild des psychiatrisch Tätigen ist geprägt von altbekannten, anscheinend unverrückbaren Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen und dem Wunsch, Angstmachendes auszugrenzen. Daneben steht der geschichtlich gewachsene Eindruck der Anstaltspsychiatrie, der nach wie vor mit Bildern, wie Irrenwärtern, deren Aufgabe es ist, gefährliche Irre in Schach zu halten, besetzt ist. Schizophrene (als Synonym für psychisch Kranke im Gesamten) gelten allgemein als unberechenbar, gewalttätig, gemeingefährlich und unheilbar. Verstärkt wird dieses Bild immer wieder durch die besondere Berichterstattung in den Medien. Selten wird über positive Veränderungen berichtet. Psychiatrie

gerät meistens in Verbindung mit Gewaltverbrechen ins öffentliche Blickfeld. Festgehalten wird dieses Bild jedoch auch von Pflegenden selbst, denen es bisher kaum gelungen ist, dieses verzerrte Bild zu revidieren. Es geschieht selten, dass eine Pflegedienstleitung sich der Öffentlichkeitsarbeit verpflichtet fühlt (vgl. Utz, 1993). Darüber hinaus werden Pflegende als Erfüllungsgehilfen und Untergebene des Arztes angesehen.

Für die Berufsgruppe der Ärzte stellt Pflege in erster Linie eine die ärztliche Tätigkeit unterstützende, alltägliche Ansammlung von Verrichtungen dar. Pflegende werden als Untergebene wahrgenommen, deren eigentliche Aufgabe die einer dienenden Assistenzfunktion darstellt. Die Tätigkeit Pflege wird als Zusatzfunktion vermerkt, die sich der ersteren unterzuordnen hat. Eine Diskussion auf *gleicher Ebene* wird im besten Falle geduldet. Diese Wahrnehmung wird von anderen Berufsgruppen geteilt. Auch hier wird Pflege als medizinische Hilfstätigkeit gesehen.

Das Fremdbild von psychiatrisch Pflegenden wird durch die Selbstwahrnehmung gestaltet. Die Unklarheit, die Pflegende hinsichtlich ihrer eigenen Profession haben, tätigt ihre Außenwirkung. Es herrscht ein sehr indifferentes, unklares Bild von dem, was Pflege sein soll. Pflegende werden als Verwalter der Akten, der Medikamente, Betten und Mahlzeiten wahrgenommen. Manchmal werden sie aber auch als Trost spendend und manchmal als streng grenzziehend wahrgenommen, selten jedoch als psychiatrisch kompetente Fachkräfte. Vorherrschend ist das Bild des »*Mädchens für alles*«.

4.1.7 Selbst- und Fremdbild: Übereinstimmung und Differenz

Wie bereits mehrfach erwähnt, befindet sich das Selbstbild von Pflegenden in einem großen Umbruch. Es entwickelt sich ein berufliches Selbstverständnis. Pflege nimmt sich selber mehr und mehr als eine in sich geschlossene Profession wahr. Aus den unklaren und uneinheitlichen Bildern entsteht ein eigenständiger Beruf mit einer hohen Verantwortungsübernahme. Die Veränderungen entstehen jedoch nur sehr schleichend. Hieraus resultiert eine Ambivalenz, die an der Basis deutlicher wird. Dem Streben nach einer pflegerischen Professionalität steht ein Selbstbild gegenüber, das Pflege als etwas betrachtet, das im Grunde jeder kann und eher aus dem Bauch heraus stattfindet. Beziehungsgestaltung ist etwas, was nicht reflektiert werden muss. Die Rollen, die Pflegende einnehmen, werden selten wahrgenommen und nicht hinterfragt. Die Wahrnehmung durch andere bezieht sich auf eben diesen Anteil. Die Veränderungen scheinen nicht wahrgenommen zu werden. Einzige Ausnahme bildet jedoch die ambulante Krankenpflege. Dies bedingt sich durch die politisch gewollte und ökonomisch notwendige Verringerung der stationären Versorgung. Hier scheint sich, gerade in der Öffentlichkeit, ein aufwertendes Bild von Pflege zu entwickeln.

4.2 Helfersyndrom und Helferproblematik

Helfen ist ein Bedürfnis, das den meisten Menschen zu Eigen ist. Sie sind sensibel für die Not im Gegenüber, lassen sich davon berühren und bemühen sich, die Not zu lindern. Für das Weiterbestehen der menschlichen Gemeinschaft und der Welt überhaupt ist das Bedürfnis des Helfenwollens essenziell. Spontane Hilfsbereitschaft gehört zu allen Kulturen und rollengebundene Hilfsbereitschaft ist ein Kennzeichen aller arbeitsteiligen Kulturen.

Dem gegenüber steht das von Wolfgang Schmidbauer beschriebene **Helfersyndrom** als ein schädliches und unprofessionelles Helfen, ein suchtartiges Verhalten, bei dem das Helfen der Abwehr anderer Gefühle dient (Schmidbauer, 2002).

Die problematische **Helferhaltung** ist eine Grundeinstellung, die geprägt ist von Aufopferung für den Patienten und von Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Die Stärke von Pflegenden liegt in der Fähigkeit, sich in Kranke und Pflegebedürftige einzufühlen und deren Bedürfnis nach Verstanden- und Umsorgtwerden zu befriedigen. Wenn aufgrund biographischer Faktoren diese Haltung starr und extrem wird, entsteht das Problem, die eigenen Belastungsgrenzen zu überschreiten und sich einer permanenten Überforderung auszusetzen. Die besondere Nähe Pflegender zum Patienten erschwert eine notwendige Abgrenzung. Die Folge ist, dass Pflegende dem Patienten in seiner Anspruchshal-

tung ausgeliefert sind und letztlich ausgenutzt werden. Die daraus entstehende Aggression dem ausnutzenden Patienten gegenüber darf jedoch nicht zugelassen werden. Wut zu haben auf schwache, hilfsbedürftige Menschen löst bei Pflegenden Schuldgefühle aus, die mit noch mehr Aufopferung und Hingabe beschwichtigt werden sollen (vgl. von Klitzing, 1995).

Als typische Merkmale des Helfersyndroms beschreibt Schmidbauer:

- starre Werthaltungen,
- Störungen im Erleben von Aggression,
- unersättliches Verlangen nach Bestätigung,
- Vermeidung von Gegenseitigkeit,
- Unfähigkeit, mit Kritik umzugehen.

Weiterhin ist beim Helfersyndrom ein verheimlichter Größenwahn aktiv, der mit seinen unerfüllbaren Idealen leicht in depressive Verstimmungen umschlägt. Die sozialen Beziehungen sind vom Wunsch geprägt, stets der Gebende, Stärkere und Versorgende zu sein. Andere Bindungen werden häufig vermieden (Schmidbauer, 2002).

4.2.1 Burn-out-Syndrom (Ursachen, Folgen und Bewältigung)

Am Anfang stand die Hilflosigkeit – dann das permanente Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Am Ende wurde aus dem einstmals glühenden Idealisten ein deprimierter, reizbarer Zyniker.

Burn-out ist ein Zustand emotionaler, körperlicher und geistiger Erschöpfung. Er ist gekennzeichnet durch ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und einer ablehnenden Einstellung zum Beruf, zur Umwelt und zu sich selbst gegenüber. Dem vergeblichen Streben nach Idealen folgt ein Zustand der Unzufriedenheit. Burn-out ist eine Folge von lang anhaltendem Stress und Frustration, ohne dass Möglichkeiten erkannt werden, dazu auf Abstand zu gehen.

Das **Burn-out-Syndrom** ist ein Prozess, der nach bestimmten Mustern abläuft:

1. Allem voran geht ein starkes Engagement, verbunden mit festen Idealen und einem hohen Anspruch an das eigene Tun und den Wert der Arbeit.
2. Die durch die Struktur des Arbeitsfeldes bedingten Belastungen führen zu einem allmählichen Anwachsen des Stresses. Dieser verstärkt sich, wenn zunehmend deutlich wird, dass die eigenen Ideale und der damit verbundene Anspruch nicht erreicht werden kann. Hieraus wächst anhaltende Frustration.
3. Es folgt die Phase der aktiven Bewältigungsversuche. In dieser Phase erfolgen eine Reduktion des Engagements und ein sozialer Rückzug, dem ein Mangel an Einfühlungsvermögen und damit verbundenen Beziehungsproblemen folgt. Es entwickelt sich eine negative Einstellung zur Arbeit. Am derzeitigen Zustand wird das Umfeld verantwortlich gemacht. Schuldzuweisungen führen zu einer Vertiefung der Beziehungsprobleme. Motivation und Kreativität verringern sich in allen Lebensbereichen. Am Ende dieser dritten Phase entwickeln sich erste psychosomatische Beschwerden (Schlaflosigkeit, Magen- und Rückenbeschwerden etc.).
4. Es findet ein allmählicher Übergang in die Phase der Verzweiflung und der Hoffnungslosigkeit statt. Es folgen Angstzustände und die Sorge, den Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen zu sein. Am Ende steht eine schwere Depression im Sinne einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung bis hin zu einer Suizidgefährdung.

Für die Ursachen eines Burn-out-Syndroms lassen sich insbesondere für den Beruf der Pflegenden einige Belastungsaspekte finden. Allem voran steht das karitativ geprägte Rollenverständnis. Das Selbstbild von Pflegenden ist geformt von dem Bedürfnis, sich mit anderen zu beschäftigen und ihnen zu helfen.

Belastungen in der psychiatrischen Pflege

- *Beziehungsgestaltung:* Im psychiatrischen Arbeitsfeld kommt die permanente Überforderungssituation hinzu, Beziehung zu Menschen mit schweren Beziehungsstörungen gestalten zu müssen. Die Probleme und Besonderheiten zum Umgang mit diesen Menschen über viele Stunden hinweg erfordert eine enorme Aufmerksamkeit und Belastung, die sich paart mit vielerlei Frustrationsmomenten.

- *Mangelnde Erfolgserlebnisse:* Der Erfolg der eigenen Arbeit ist selten messbar. Arbeitsergebnisse sind wenig konkret. Hinzu kommt das häufig auftretende Gefühl des Misserfolgs. Patienten, die mühsam stabilisiert wurden, kehren oft schon bald wieder zurück.
- *Angst:* Die Grenzen zwischen »psychisch normal« und »psychisch krank« sind sehr oft fließend. Gerade der Umgang mit Psychotikern kann diese Grenzen auch für die Betreuenden selber in Frage stellen. Eigene psychotische Anteile werden wahrgenommen oder zumindest vermutet. Dies kann Angst auslösen.
- *Schutzlosigkeit:* Pflegende in der Psychiatrie arbeiten in »vorderster Front«. Sie fühlen sich den Kommunikationsmustern der häufig früh gestörten Klientel schutzlos ausgeliefert. Bedingt durch die besondere Position im System bzw. der Rolle der Strukturgestalter, dient Pflege als vielfältige Projektionsfläche. Damit verbunden ist eine Vielzahl von Konflikten, die ausgetragen oder ausgehalten werden müssen. Pflegende fühlen sich hier sehr oft allein gelassen. Das Gefühl missbraucht zu werden, ist dann sehr stark. Wenn im Team wenig Austausch darüber stattfindet, ist dies ein massiver Stressfaktor.
- *Gewalt und Aggression:* Es herrscht ein hohes Maß an direkter oder unterschwelliger Gewalt. Durch die *Frontposition* sind Pflegende dieser im besonderen Maße ausgesetzt. Je weniger Möglichkeiten des Rückzugs und der Reflexion besteht, desto höher wird die Angst und die damit verbundene Stressbelastung.
- *Fehlende Identität und Rollenkonflikte:* Pflege verhindert sich selbst als professionelle Berufsgruppe. Das Besondere in der Beziehung zum Patienten wird oft als persönliche Beigabe verstanden, anstatt diese Kompetenz offensiv als professionelle Pflege zu vertreten. Verstärkt wird dies insbesondere durch der Patientenzentrierung, wonach im beruflichen Selbstverständnis nicht die eigene Professionalität, der eigene Berufsstand im Vordergrund steht, sondern immer wieder der Patient (Wettreck, 2001).

Bewältigung und Prävention

Sowohl die Bewältigung als auch die Prävention des Burn-out-Syndroms kann nur in einer Verzahnung von Angeboten der Organisation und der persönlichen Aktivität geschehen.

Auf der organisationsbezogenen Ebene kann realistischerweise Folgendes geleistet werden:

- Rückzugsmöglichkeiten: die organisatorischen Abläufe so gestalten, dass Zeiten des Rückzugs möglich werden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, sich für einige Zeit aus dem direkten Kontakt mit dem Patienten zurückziehen zu können.
- Positive Arbeitsplatzgestaltung: Eine positive Arbeitsumgebung hat auch positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter.
- Fort- und Weiterbildung: Neben der fachlichen Qualifizierung sollten auch spezielle Trainings angeboten werden, die dem Burn-out entgegenwirken.
- **Supervisionen** und Beratungen.
- Kollegiale Austauschgruppen: Mitarbeiter haben die Möglichkeit, über ihre persönlichen Probleme, Arbeitskonflikte, ihre Ängste sowie Schwierigkeiten mit Kollegen zu reden. Dies hat eine große, entlastende Wirkung und den Teilnehmern wird oft deutlich, dass Kollegen ähnliche Probleme haben.

Auf der persönlichen Ebene sollte Folgendes getan werden:

- Problembewusstsein: Die inneren Signale, die auf ein Burn-out hinweisen, müssen erkannt werden. Es muss ein Bewusstsein über den eigenen Tages- und Arbeitsablauf vorhanden sein.
- Eigenverantwortung: Nur wenn die innere Bereitschaft vorhanden ist, können Handlungen gegen das Burn-out wirken.
- Bewältigungsstrategien: Es ist wichtig, dass der einzelne positive Umweltbedingungen wahrnimmt oder mitgestaltet, in denen Lernen, Erfolg und Arbeitszufriedenheit möglich sind.
- Abgrenzung von Arbeit und Freizeit: Um den Arbeitstag hinter sich zu lassen, ist es wichtig, sich bewusst von der Arbeit abzugrenzen. Dabei kann auch eine befriedigende Freizeitbeschäftigung helfen.
- Erholungsphasen: Damit man sich aus den beruflichen Problemen lösen kann, ist es sinnvoll, eine Phase der Ruhe und Entspannung einzulegen, eine Zeit des Abschaltens nach der Arbeit. Um sich nach der Arbeit der Familie oder Freun-

den zu widmen, benötigt man kurze Zeiträume zum Erholen, die neue Kraft geben.
- Soziale Kontakte und soziale Unterstützung: Wichtig sind soziale Kontakte im privaten Bereich und bei der Arbeit, die aus wechselseitigem Geben und Nehmen bestehen.
- Sichtweise ändern: Viele sehen sich oft selbst als Ursache für das Burn-out. Es ist aber sinnvoll, das Burn-out als Resultat einer Wechselwirkung zwischen der eigenen Person und ihrer sozialen Umwelt zu erkennen.

Als Fazit kann festgehalten werden:

Wer seinen Berufsalltag aktiv mitgestaltet, unnötige Belastungen nicht hinnimmt, Anerkennung erhält, sich weiterbildet und lernt und sein Selbstgefühl nicht alleine aus dem Beruf bezieht, der ist gut vor dem Burn-out geschützt.

4.3 Interdisziplinär und multiprofessionell: Pflege im Team

4.3.1 Rollen im Pflegeteam

Innerhalb eines Pflegeteams finden, wie auch in anderen Gruppen, unterschiedliche Rollenverteilungen statt. Eine Unterscheidung kann nach verschiedenen Kriterien vorgenommen werden, z. B. nach der hierarchischen Position innerhalb des Teams, also der *Rangordnung* oder dem sozialen Ansehen, dem *Status*. Eine weitere Möglichkeit der Unterscheidung kann nach der Rollenart vorgenommen werden: *formale Rollen*, wie Teamleitung oder deren Stellvertretung, *informelle Rollen*, z. B. »graue Eminenzen« oder heimliche Leiter, und biographische Rollen, wie z. B. Dienstältester. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche *Rollenfunktionen*. So können *aufgabenbezogene Rollen* von sozialbezogenen Rollen differenziert werden. Grundsätzlich sind verschiedene Rollen im Team notwendig. Durch die Übernahme von unterschiedlichen Rollen können von einzelnen wichtige Beiträge zur **Teamarbeit** geleistet werden (Kriz u. Nöbauer, 2003).

Für eine hohe Effektivität der Teamarbeit wäre folgende Rollenverteilung optimal:

- Anstoßer: begeistert das Team für neue Ideen und Ansätze,
- Entwickler: prüft neue Ideen und Ansätze auf Anwendbarkeit,
- Organisierer: sorgt für den Transfer von der Theorie in die Praxis,
- Durchführer: erarbeitet Standards,
- Kontrolleur: prüft das Erarbeitete auf Richtigkeit,
- Stabilisierer: bemüht sich um die Einhaltung von Regeln,
- Berater: informiert und berät,
- Entdecker: experimentiert.

Aber auch wenn ein Team nach diesen Kriterien zusammengestellt wäre, würde effektive Arbeit nur dann gelingen, wenn die einzelnen Teammitglieder ihren Fähigkeiten und ihrer Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. In der Realität ist dies jedoch oft nicht unproblematisch, denn Pflegeteams üben häufig eine große Sogwirkung nach unten aus. Die hierarchischen Strukturen werden noch anerkannt. Kollegen aus gleicher Ebene zu *entlassen* ist problematisch und es erscheint oft schwierig, besondere Kompetenzen anzuerkennen. Die Zuordnung spezieller Aufgabenbereiche an einzelne Teammitglieder mit ihren besonderen Befugnissen und Handlungskompetenzen müssen mit dem übrigen Team besprochen und geklärt werden. So muss z. B. für den Bereich der Vermittlung von spezifischem psychiatrisch pflegerischen Wissens durch Pflegekräfte mit einer Fachweiterbildung ein spezieller Rahmen geschaffen werden. Die Erfahrung zeigt, dass Konflikte vorprogrammiert sind, wenn es für spezielle Funktionen keine *offizielle* klare und eindeutige Zuordnung gibt.

4.3.2 Arbeit im Team

Kasuistik

»Die Kooperation und der egoistische Altruismus ist die lebensrichtige Ethik der Natur und nicht der Wettkampf und das einseitige Abziehen von Energie mit rein egoistischen Motiven.

▼

> Wer als zukunfts- und gesellschaftsverantwortlich wirtschaften und handeln will, muss zum Wohle aller Beteiligten handeln und nicht nur seinen Gewinninteressen folgen.« (Glock u. Seeberger, 2001)

Die Definition von Teamarbeit lautet: eine Gruppe von Personen arbeitet gemeinsam an einer Aufgabe. Eine gut funktionierende Gruppenkommunikation, Transparenz und die Bereitschaft jedes Einzelnen, sich in der Gruppe zu engagieren, sind die Merkmale eines intakten Teams. Um dies zu ermöglichen, sind bestimmte Anforderungen an das einzelne Teammitglied notwendig:

- die Bereitschaft, seine Fähigkeiten einzubringen und Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, die Beweggründe des eigenen Handelns transparent zu machen.
- Konfliktfähigkeit: Das heißt, die Fähigkeit, überflüssige von notwendigen Konflikten zu unterscheiden und lösbare von unlösbaren. Aber auch die Befähigung, notwendige Konflikte mit einem Mindestmaß an sozialem und psychischem Aufwand bei sich und dem Konfliktpartner zu lösen. Das setzt vor allem die Fähigkeit voraus, den rechten Zeitpunkt zu erfassen und wahrzunehmen, sowie die Fähigkeit, mit unlösbaren Konflikten leben zu lernen, ohne unverhältnismäßige Beschränkungen der eigenen Entfaltung psychischer und sozialer Fähigkeiten.
- Die Bereitschaft, unabhängig von persönlichen Vorurteilen sowohl mit eigenen Kollegen als auch mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen zu kooperieren.
- Systemdenken: bedeutet, verschiedene Lebenswelten und Wirkfaktoren in eigene Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen und sich die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und dem sozialen System zu verdeutlichen.
- Die Fähigkeit, unterschiedliche Meinungen zu akzeptieren, andere Beweggründe zu verstehen und Kompromisse zu finden.
- Die Fähigkeit, sowohl das eigene als auch das Handeln anderer offen und konstruktiv zu hinterfragen, Kritik anzunehmen.
- Die Bereitschaft der persönlichen Professionalisierung, d. h. an der Ausweitung seiner Fähigkeiten und an seiner Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten.
- Die Bereitschaft zur Teilnahme an Teambesprechungen und Supervisionen.

Ein Teamkonzept, in dem sich nach Möglichkeit jeder in weiten Teilen wiederfindet, regelmäßige Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Supervisionen sind Grundvoraussetzung für die Formulierung gemeinsamer Ziele und der damit verbundenen Identifikation mit der gemeinsamen Aufgabe. Dies fördert die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und Grundhaltung, was eine Voraussetzung für die Entwicklung und den Ausbau der persönlichen Eigenschaften aller Teammitglieder darstellt.

4.3.3 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Interdisziplinarität bedeutet gemeinsames Denken aller am Team beteiligten Berufsgruppen, also das Entstehen einer ganzheitlichen Anschauung durch die Verschmelzung der verschiedenen Wahrnehmungsaspekte. Bezogen auf die Arbeit eines psychiatrischen Teams bedeutet dies, dass jedes Teammitglied aus seiner Persönlichkeit, Ausbildung, Erfahrung und Auffassung von psychiatrischer Versorgung, aber auch der speziellen Rolle der jeweiligen Berufsgruppe heraus ganz spezifische Anteile des Patienten wahrnimmt. Es entsteht eine bunte Vielfalt von Bildern, Beurteilungen und Standpunkten. Die vielen unterschiedlichen Facetten eines Menschen werden sichtbar. Das Zusammentragen dieser Bausteine lässt ein ganzheitliches Bild entstehen. Ein bloßes Nebeneinander der Teilansichten der verschiedenen Aspekte wäre reine **Multidisziplinarität** und stünde einer guten therapeutischen Arbeit im Wege.

Bezogen auf das Handeln am jeweiligen Patienten ist die Voraussetzung für interdisziplinäres Arbeiten die Klärung eines gemeinsamen Behandlungsauftrags, aus dem heraus die jeweiligen Erfordernisse und Aufträge an die einzelnen Berufsgruppen erarbeitet werden. Die jeweiligen am Fall beteiligten Berufsgruppen arbeiten selbstständig. In regelmäßig stattfindenden gemeinsamen Besprechungen wer-

den die zuvor formulierten spezifischen Zielsetzungen überprüft und bearbeitet.

Ein psychiatrisches Behandlungsteam setzt sich mindestens aus dem Pflegeteam und dem zuständigen Arzt zusammen. Dies gilt zunächst für die Anfangsphase. Im weiteren Behandlungsverlauf werden dann andere Berufsgruppen hinzugezogen. In Abhängigkeit von Konzeption und jeweiliger Behandlungsstrategie sind das der soziale Dienst, Ergo- oder Arbeitstherapeuten, Mitglieder anderer therapeutischer Dienste (Musik-, Sport-, Physiotherapeut etc.) und der psychologischer Dienst (Abb. 4.4). Letzterer wird entweder zur weiteren diagnostischen Abklärung (Psychotestung etc.) oder als Entwickler und Durchführer einer psychotherapeutischen Arbeit hinzugezogen.

Für die Verordnung der jeweiligen Therapien ist grundsätzlich der Arzt verantwortlich. Die Abklärung, welche Therapieform sinnvoll ist, erfolgt im Idealfall gemeinsam mit den bereits beteiligten Berufsgruppen einschließlich der angedachten weiteren Berufsgruppe.

Die Pflege im multiprofessionellen Team: Identität und Kompetenz

»Die Pflege bildet das Netz, auf dem die Anderen ihre Seiltänze vollführen können!« (Behrens, 2004)

Ausgestattet mit einem hohen medizinischen Wissen, einem grundlegenden Verständnis für das menschliche Funktionieren und der einzigartigen Nähe zum Patienten stellt die Pflege die Berufsgruppe dar, auf die sich alle anderen verlassen. Die Pflege bildet das Fundament. Sie ist die einzige Berufsgruppe, die für den Aufbau, die Gestaltung und das Halten der Strukturen sorgen kann. Dies erklärt sich durch die besondere Position. Patientenbezogen bedeutet das eine permanente Verfügbarkeit über 24 Stunden sowie die Begleitung, Stützung und Beobachtung aller zum Alltag eines Menschen gehörenden Dinge. Sie sichert das Überleben des Patienten. Bezogen auf das Team ist sie zuständig für die Koordination, Kommunikation und Kooperation im Team. Hier hat die Pflege die Fähigkeit entwickelt, die unterschiedlichen Aspekte und Sprachen in eine Gesamtschau umzuformen.

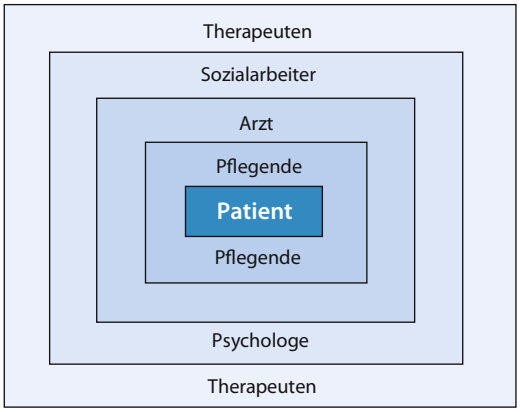


Abb. 4.4. Multiprofessionelles psychiatrisches Team

Im Arbeitsalltag ist es jedoch in der Regel so, dass Pflegende ihre Kompetenzen selten offen darstellen und als eigenständige Profession vertreten. Das Fehlen einer beruflichen Identität wird im multiprofessionellen Team sehr schnell deutlich. Es verführt zum Missbrauch durch andere Berufsgruppen. Dies zeigt sich u. a. darin, dass Pflege weiterhin als *»Mädchen für alles«* gilt.

Arbeit mit anderen Berufsgruppen

Problematisch wird die Arbeit, wenn die ärztliche Grundhaltung sich in ihrer reinen Form zeigt. Damit gemeint ist, dass Ärzte unter einem interdisziplinär arbeitenden Team oftmals ein Team verstehen, welches sich aus Fachärzten verschiedener Disziplinen zusammensetzt und in dem, nichtakademische Berufsgruppen auf die Rolle des Zuarbeiters reduziert werden.

In der unmittelbaren Patientenbetreuung ist die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten die intensivste. Beide Berufsgruppen sind stark aufeinander angewiesen. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen wird jedoch erschwert durch unterschiedliche Auffassungen. So ist der Berufsweg Pflegender geprägt von Teamarbeit, Solidarität und Demokratiebewusstsein. Werte, mit denen Ärzte in ihrer beruflichen Entwicklung weniger deutlich konfrontiert werden. Im Arbeitsalltag stellt sich das so dar, dass Ärzte häufig benötigte Hilfe einfach nur anordnen und diese als Mittel zum Zweck betrachten (Veenstra, 2002). Eine Ursache

hierfür ist die mangelnde Anerkennung anderer Professionen. Insbesondere Pflegenden fällt es schwer, dem entgegenzuwirken und die Rolle des ausschließlichen ärztlichen Zuarbeiters zu verlassen. Neben vielen anderen Aspekten zeigt sich dies z. B. in der Informationsübermittlung. So unterstützt das Dokumentationssystem die Informationsweitergabe eher zwischen Pflegenden als zwischen Pflegenden und Ärzten. Die pflegerische Anamnese findet selten Beachtung.

Formal sind Ärzte für die Diagnose und die Ermittlung der therapeutischen Richtung zuständig. Ihnen ist die Gesamtverantwortung für die Behandlung übertragen. Ein Interdisziplinäres Arbeiten ist vom Teamverständnis des jeweiligen Arztes abhängig. Problematisch auf Seiten der Pflegenden ist hierbei, dass auf der einen Seite die Forderung nach Gleichberechtigung besteht, auf der anderen Seite aber im Problemfall die Verantwortung beim Arzt belassen wird.

Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege erstreckt sich in der Regel von der Aufnahme bis zur Entlassung über den gesamten Behandlungsprozess. Im Gegensatz dazu ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen häufig temporär. Das heißt, sie werden im Bedarfsfalle und oft auch erst im späteren Verlauf hinzugezogen.

Die Grenzziehung zwischen den Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen ist häufig schwierig. Je nach vorherrschender Konzeption ist der Übergang zwischen ärztlich-therapeutischer und pflegerischer Arbeit oft fließend. Ebenso benötigt die Abgrenzung zwischen den Aufgabenbereichen der nichtärztlichen Berufsgruppen und denen der Pflege eine besondere Beachtung. So erscheint der Übergang zwischen Pflege und Sozialarbeit oft undeutlich. Am Beispiel soziotherapeutischer Maßnahmen wird dies deutlich. Ein guter Austausch ist hier sehr wichtig.

4.3.4 Therapeutische Gruppen

Eines der wichtigen Werkzeuge psychiatrischer Pflege ist die Organisation und Leitung von therapeutischen Gruppen. Der Vorteil gegenüber Einzelbetreuung ist, dass in der Gruppe die Erfahrungen und Kompetenzen der anderen Teilnehmer aber auch die Dynamik innerhalb der Gruppe für den persönlichen Lernprozess genutzt werden können.

Die Zielsetzungen von therapeutischen Gruppen sind unterschiedlicher Art (Sauter et al., 2004):

- Einbindung in den therapeutischen Prozess durch Beratung, Unterstützung, Information, Beziehungsklärung zu Mitpatienten und Institution, Krankheitsbewältigung,
- Kommunikation und Erfahrungsaustausch mit anderen,
- Problemerkennung,
- Verringerung von Isolation,
- Verbesserung des Selbstwertgefühls durch gegenseitige Hilfe,
- institutionsbezogene Angst und Stigmatisierung reduzieren,

Gruppen können z. B. folgende Bereiche abdecken:

- Zur Erlangung einer größtmöglichen Selbstständigkeit im Bereich der Selbstversorgung kommen z. B. Kochgruppen, Haushaltstraining, Finanzplanungstraining in Frage.
- Zur Erreichung einer angemessenen sozialen Integration bzw. der Verringerung von Einsamkeit ist das Angebot von Freizeitaktivitätsgruppen, themenzentrierter Gesprächsgruppen und Gruppen zur sozialen Unterstützung sinnvoll.
- Zur Verbesserung der Behandlungscompliance ist das Angebot von psychoedukativen Gruppen hilfreich.
- Zur Verbesserung der Integration in den Behandlungsprozess, den Stationsalltag oder zum Abbau von institutionsbezogenen Ängsten sind Stationsversammlungen und Morgenrunden sehr sinnvoll.
- Zur Einbeziehung des Patientenumfeldes dienen Angehörigengruppen mit unterschiedlichen Zielsetzungen.

Dies sind nur einige Beispiele. Die Liste ist sicherlich um einiges zu erweitern oder zu verändern. So kann z. B. eine Kochgruppe über das gemeinsame Tun auch der Förderung sozialer Kompetenzen dienen.

Zur Leitung einer Gruppe sind neben einer Reflexionsfähigkeit gute soziale und kommunikative Kompetenzen unerlässlich. Notwendig sind zudem Flexibilität und Verlässlichkeit sowie die Fähigkeit,

sich auf die unterschiedlichen Gefühle und Stimmungen in der Gruppe einstellen zu können.

Die Teilnahme eines Patienten an der Gruppe gehört immer zum Gesamtbehandlungsprozess. Die Entscheidung geschieht in Absprache mit anderen Berufsgruppen. Im Idealfall findet eine enge Verzahnung pflegerisch-therapeutischer Gruppenangebote mit den therapeutischen Maßnahmen anderer Berufsgruppen (Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, Ergotherapie etc.) statt. Dies wäre interdisziplinäres Arbeiten in ihrer sinnvollsten Form.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Was ist, im soziologischen Sinn, unter dem Begriff »Rolle« zu verstehen? ▶ Kap. 4.1
- Warum erscheint die Identifikation mit der Berufsrolle »Pflege« schwierig? ▶ Kap. 4.1
- Benennen Sie die verschiedenen Arten von Rollenkonflikten! ▶ Kap. 4.1
- Was ist unter einer »problematischen Helferhaltung« zu verstehen? ▶ Kap. 4.2
- Nach welchen Mustern verläuft der Prozess des Burn-out-Syndroms? ▶ Kap. 4.2
- Was versteht man unter Interdisziplinarität? ▶ Kap. 4.3

Literatur

Adam F (1998) Erst mal unter uns! In: Eck D et al (Hrsg) Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 28

BAPP – Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (2004) http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf

Behrens J (2004) Was heißt schon Evidence? In: Krause P et al (Hrsg) Interventionen psychiatrischer Pflege. Ibicura, Unterrostendorf

Blasius D (1980) Der verwaltete Wahnsinn. Fischer, Frankfurt aM

Bögemann-Großheim E. Abschied von der Schwester. http://www.verdi.de/oetv_2/intranet/fachbereiche/03_gesundheit_soziale_dienste_wohlfahr_und_kirchen/fachgruppen_f_einzelne_berufsgruppen/berufliche_bildung_krankenpflege/abschied_von_der_schwester (12.10.2005)

Dörner K, Plog U (2002) Irren ist menschlich. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Fawcett J (1998) Roys Adaptionsmodell. In: Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Hans Huber, Bern 419

Glock M, Seeberger B (2001) Konfliktmanagement als Chance. In: Kerres A et al (Hrsg) Lehrbuch Pflegemanagement II. Springer, Berlin Heidelberg New York

Karsch A (2001) Das therapeutische Team und Rollenkonflikte zwischen Pflege und ärztlichem Dienst. Hausarbeit, Kath. FH Mainz

Kriz CW, Nöbauer B (2003) Teamkompetenz. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Sauter D, Abderhalden C, Needham I et al (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Hans Huber, Bern

Schädle-Deininger H, Villinger U (1996) Praktische Psychiatrische Pflege. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Schmidbauer W (1999) Helfen als Beruf. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Schmidbauer W (2002) Helfersyndrom und Burnoutgefahr. Urban & Fischer, München

Scheibler P (1997) Arbeitsfeld Krankenhaus: Rollenanalyse und Konfliktmanagement. Carl v. Ossietzky Universität, Oldenburg

Utz J (1993) Die Angst des Pflegepersonals in der Psychiatrie und Interventionsmöglichkeiten der Pflegedienstleitung, Managementseminar, Campus für Alten- und Krankenpflege, München

Veenstra A (2002) Die Sozialisation von Pflege, Ärzten und Verwaltung im Krankenhaus. Hausarbeit, Fachhochschule Bremen

von Klitzing W, von Klitzing K (1995) Psychische Belastungen in der Krankenpflege. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Wettreck R (2001) Am Bett ist alles anders. LIT, Münster

Wiesendanger K (2000) Schwule und Lesben in Psychotherapie, Seelsorge und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Organisationsstruktur der psychiatrischen Pflege

5 Organisation und Mitarbeiterführung – 87
Helmut Schiffer

6 Methoden und Pflegepraxis – 107
Karin Bähr-Heintze, Susanne Stern

7 Kommunikation und Gesprächsführung – 125
Mark Helle

8 Interkulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Pflege – 139
Heike Pfitzner

5 Organisation und Mitarbeiterführung

Helmut Schiffer

5.1 Wertewandel und veränderte Anforderungen im Arbeitsprozess – 89
5.1.1 Leitbild und Corporate Identity – 90
5.1.2 Führen mit Zielen (»Management by Objectives«) – 92
5.1.3 Das Mitarbeitergespräch mit Zielvereinbarung – 92

5.2 Motivation und Leistung von Mitarbeitern – 95
5.2.1 Teamentwicklung und Führung – 97
5.2.2 Mitarbeiterbesprechungen – 98
5.2.3 Supervision – 100

5.3 Projektmanagement – 101
5.3.1 Projektmerkmale – 101
5.3.2 Projektorganisation – 101
5.3.3 Projektphasen – 102
5.3.4 Projektauftrag – 104
5.3.5 Projektstart – Kickoff-Meeting – 104

Literatur – 105

In Kürze

Das Gesundheitswesen unterliegt einem großen Veränderungs- und Leistungsdruck. Daraus resultiert die Notwendigkeit, dass sich Organisationen mit Aufgeschlossenheit und Innovationsgeist den Veränderungsprozessen stellen. Die Menschen in den Organisationen wollen dabei die Sinnhaftigkeit der Anstrengungen verstehen, bevor sie sich engagieren und diese als positiv besetzte Herausforderung annehmen. Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf die aktive Einbindung der Mitarbeiter in diesem dynamischen Prozess.

Wissensinhalte

Mit der Lektüre dieses Kapitels:

- erhalten Sie Kenntnis über die Bedeutung der aktiven Beteiligung von Mitarbeitern in Veränderungsprozessen
- können Sie die Charakteristika der Corporate Identity und deren Relevanz für ein Unternehmen erkennen
- haben Sie das Führen mit Zielen in seinen Grundsätzen kennen gelernt
- können Sie das Mitarbeitergespräch mit Zielvereinbarung auf der Basis von Partizipation zur Erreichung der Unternehmensziele in Kontext setzen
- können Sie die Impulse zum Freisetzen von Engagement und Motivation beschreiben
- können Sie Teambildungsprozesse und ein erfolgreiches Team charakterisieren
- haben Sie einen Einblick in die Strukturierung von Mitarbeiterbesprechungen
- können Sie die Dimensionen zur Kompetenzerweiterung durch Supervision skizzieren
- erhalten Sie einen Überblick über die Bedeutung des Projektmanagements zur Lösung von komplexen Aufgabenstellungen

Vorbemerkung

In Einrichtungen des Gesundheitswesens mit eher noch stark tradierten Rollenverständnissen können Defizite sowohl in den Bereichen Personalführung, Organisation und Kommunikation reklamiert werden. Es besteht Nachholbedarf in der Entwicklung von verwaltenden Strukturen hin zu gestaltenden Aufgabenstellungen, um über eine gezielte Organisations- und Personalentwicklung den Innovationsgeist und die dringend erforderliche Anpassungsfähigkeit der Unternehmen zu sichern. Im Zeitalter rasanter Entwicklungen befinden sich Einrichtungen des Gesundheitswesens in einem tief greifenden Paradigmenwechsel. Der wachsende Kostendruck, ein verändertes Finanzierungssystem, eine zunehmende Leistungskomplexität und der Kampf um Patienten in einem steigenden Wettbewerb charakterisieren die Spannungsfelder mit unmittelbaren Folgen auf die Organisationsstrukturen und Leistungsprozesse in den Einrichtungen. Gestaltungs-, Lenkungs- und Entwicklungsprozesse werden damit zu wertvollen Funktionen, um eine Einrichtung als Unternehmen im Rahmen einer dynamischen Umwelt in seiner Existenz zu sichern. »Eine dynamische Ganzheit entsteht erst dadurch, dass ihre Teile aufeinander einwirken« (Ulrich u. Probst, 1988, S. 234). Zur zielorientierten Gestaltung von Arbeitsabläufen ist eine Vielzahl von Steuerungsmaßnahmen erforderlich und aufeinander abzustimmen. Die dispositiven Aufgaben, wie Planung, Organisation und Kontrolle aller mit Führungsaufgaben beauftragten Personen, wird als Management bezeichnet. Die Leistungserbringer in der unmittelbaren »**Wertschöpfungskette**« am Kunden sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Zusammenwirken aller vorhandenen Kräfte ist nötig, um das Unternehmen in einer marktwirtschaftlichen Ordnung in seiner Effizienz der Leistungserbringung zu sichern. In diesem dynamischen Prozess reicht es oft nicht aus, dass möglichst viele zur Erreichung der Zielsetzung und Unternehmensstrategie an einem Strang ziehen, was alleine schon schwer genug ist. Bei häufigem Kurswechsel dauert es Zeit, bis der Einzelne seine Aufgaben und Rollen anerkennt. Voraussetzung ist jedoch die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Entscheidungsprozesse, denn damit verknüpft ist als entscheidender Erfolgsfaktor die Förderung von Fähigkeiten und Kompetenzen, der Anerkennung, des Selbstwertgefühls und des guten Klimas mit einem direkten Transfer zum Kunden.

Innovationen werden heute in der Regel erfolgreich durch **Teams** erbracht, denen es gelingt, ihre Kenntnisse in größere Zusammenhänge einzuordnen und die das Ziel verfolgen, komplexe Aufgaben mit anderen gemeinsam zu lösen. Diese veränderten Anforderungen an Menschen in Unternehmen be-

dingen, dass fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten durch ein Höchstmaß an geistiger Flexibilität, Problemlösungskompetenz und sozialer Qualifikation erweitert werden müssen. Motivierte und begeisterte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die aus eigener Verantwortung heraus handeln, bringen Organisationen in Zeiten höchster Wettbewerbsintensität Vorteile. Eine Entwicklung zur lernenden Organisation, »z. B. im Hinblick auf neue Leistungen bzw. Zielgruppen, als auch intern, z. B. in Bezug auf Schnittstellen- und Prozessoptimierung« (Skowronek u. Molina, 1997, S. 2), ist neben der wirtschaftlichen Situation ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Eine lernende Organisation berücksichtigt gleichermaßen die Entwicklung von Personen und Strukturen, trägt keine fertigen Lösungen in ein System, sondern regt ein System zur Selbstentwicklung an und versucht, eine Balance zwischen Bewahren und Veränderung zu finden.

Dieser Prozess hat zum Ziel, Wünsche der Mitarbeiter nach Wachstum und Entwicklung mit den Zielen der Organisation abzustimmen, um deren Effizienz zu steigern. Die Änderung des Problemlösungsverhaltens von Menschen in Organisationen folgt der komplexen Lernstrategie mit dem Ziel, die Annahmen, Einstellungen, **Werte** und Strukturen einer Organisation so zu verändern, dass sie sich besser an neue Technologien, Märkte und den permanenten Wechsel anpassen kann.

5.1 Wertewandel und veränderte Anforderungen im Arbeitsprozess

Einrichtungen im Gesundheitswesen in Deutschland gelingt es bisher nur vereinzelt, aufgrund stark hierarchischer Strukturen, ihre Kultur und Identität zu verdeutlichen und zu verändern. Gerade die Änderungsbereitschaft, vernetztes Denken und Innovationsgeist sowie der Motivationsgrad der Mitarbeiter bilden die wesentlichen Merkmale der zukünftigen Krankenhauskultur auf dem konkurrierenden Sektor.

Der zunehmende Individualisierungsprozess in unserer Gesellschaft führt dazu, dass Menschen den Wert der Arbeit unter anderem daran messen, inwieweit sie hier verantwortlich mit Kompetenzen versehen den Arbeitsprozess gestalten können. Klages beschreibt bereits 1988, dass *Pflicht- und Akzeptanzwerte*, wie Disziplin, Gehorsam, Fleiß, Selbstlosigkeit, Enthaltsamkeit u. a., »durchschnittlich gesehen auf mittlere Ausprägungen reduziert werden«, während die *Selbstentfaltungswerte*, wie Emanzipation, Autonomie (des einzelnen), Kreativität u. a., »in mittlere Ausprägungslagen empor gehoben« wurden (Klages, 1988, S. 58). Einige Industriebetriebe begegnen dieser Entwicklung mit veränderter Arbeitsorganisation. Hierarchien werden abgeflacht und der einzelne Mitarbeiter erhält einen größeren Verantwortungsbereich, den er sich weiterhin in Kleingruppen bzw. Teams mit Kollegen teilt.

Werteorientierte Personalpolitik als Aufgabe des Krankenhausmanagements bedeutet, dass Veränderungen in der Wertvorstellung von Menschen und unserer Gesellschaft eine stärkere Übereinstimmung mit den Leitbildern von Gesellschaft, Mitarbeitern und Unternehmen erfahren müssen. Auf die Arbeitsorganisation der Pflege bezogen bedeutet dies, dass funktionale Hierarchien und Arbeitsprozesse einer prozess- und ablauforientierten Organisation zu weichen haben.

Kernkompetenzen des Krankenhauses sind weiterzuentwickeln sowie Führungs- und Organisationsstrukturen in kürzeren Intervallen an die veränderten Bedingungen anzupassen (Röhrßen u. Teuteberg, 1998). Traditionelles Wissen, basierend auf bekannten Strukturen und Erklärungsansätzen in Zeiten des Umbruchs veralten immer schneller. Aus der organisatorischen Perspektive ist ein Prozesskettenmanagement dringend erforderlich. Mitdenkende, entscheidungsfähige und kreative Menschen rücken damit in den Mittelpunkt des unternehmerischen Geschehens. Für das Management des Unternehmens gilt es, sich mit den Zielen der Mitarbeiter, ihren Bedürfnissen und ihrer Beziehung zu ihrer Tätigkeit im Unternehmen auseinanderzusetzen.

»Wenn ›top-down‹-Ideen durchgesetzt werden sollen, so geht das nicht ohne vorherige Überzeugungsarbeit bei denen, die sie umsetzen sollen. Die kritische Auseinandersetzung der ›Macher‹ mit den Ideen und Vorschlägen der ›Denker‹ wird Entscheidungs- und Veränderungsprozesse oft mühseliger

und länger werden lassen« (Biehal, 1994, S. 38). Ungleich wahrscheinlicher ist die Realisierung, wenn sie vorher bei den Beteiligten Akzeptanz gefunden haben.

Damit gewinnt eine Organisationseinheit, wie eine Station oder Ambulanz, innerhalb des Krankenhauses einen besonderen Stellenwert im Hinblick auf ein Leistungs- und Verantwortungszentrum. Sie bildet wegen ihrer Nähe zum Patienten den Knotenpunkt im Leistungsprozess und hat eine bedeutsame Stellung im Kommunikationsnetz innerhalb der Krankenhausstruktur.

5.1.1 Leitbild und Corporate Identity

Definition

»Corporate Identity ist die strategisch geplante und operativ eingesetzte Selbstdarstellung und Verhaltenweise eines Unternehmens nach innen und außen auf Basis einer festgelegten Unternehmensphilosophie, einer langfristigen Unternehmenszielsetzung und eines definierten Soll-Images – mit dem Willen, alle Handlungsinstrumente des Unternehmens in einheitlichem Rahmen nach innen und außen zur Darstellung zu bringen« (Birkigt u. Stadler, 1986, S. 23).

Werden die Wertvorstellungen der Mitarbeiter als fundamentale Grundlagen ihres Handelns betrachtet, setzt die Zusammenarbeit in Unternehmen gewisse Übereinstimmungen in Werten, Zielen und Denkmodellen voraus. Wertende Leitmaxime innerhalb der Unternehmenskultur sollen das »Wir-Gefühl« sowie das berufliche Selbstbewusstsein und Selbstverständnis der Mitarbeiter stärken. Berufliches Handeln und persönlicher Einsatz sollen als sinnvoll erlebt und in eine betriebliche Leitlinie integriert sein. Gemeinsame Zielsetzungen sollen die Verständigung der Mitarbeiter auf allen Ebenen fördern.

Pflegeleitbild

In einem Leitbild werden die Ziele, Werte und Normen konkretisiert und diese mit »Aussagen zu Menschenbild, Kooperation, Mitbestimmung und Führungsstil ebenso wie Regeln der innerbetrieblichen Kommunikation und Kooperation sowie Führungsgrundsätzen« verknüpft (Skowronnek u. Molina, 1997, S. 16). Mit dem Wunsch, Zielsetzungen des Pflege- und Funktionsdienstes in Form eines Pflegeleitbildes, in der sowohl patienten- als auch mitarbeiterbezogene Ziele aufgestellt sind, zu definieren, setzt sich in Einrichtungen des Gesundheitswesens ein sich bereits seit 1990 zunehmend durchsetzender Trend in Wirtschaftsunternehmen sowie großen renommierten Kliniken in den USA fort (Kramer u. Schmalenberg, 1990).

Ein Pflegeleitbild (vgl. Beispiel der Berliner Charité unten) zeigt auf, nach welchen Grundsätzen sich Pflegende ausrichten. Es hat einen Aufforderungscharakter, sich in eine definierte Richtung weiterzuentwickeln. Leitbilder definieren Verhaltensweisen und Qualitätsansprüche, um die sich die Mitarbeiter verpflichtend bemühen sollen.

Die Leitsätze sollen berufliches Handeln lenken, den Stellenwert der Aufgabenfelder aufzeigen und deren Bedeutung und Qualität beim Leistungserstellungsprozess nach innen und außen darstellen. Die Integrität eines Pflegeleitbildes in das Unternehmensleitbild ist zwingend.

Von der **Vision** zum Erfolg bedarf die Umsetzung des Leitbildes in den Pflegebereichen eines kontinuierlichen Prozesses. Einzelne Leitgedanken bzw. Ziele sind herauszugreifen und in konkreten Aktionsprogrammen umzusetzen. Dieser kontinuierliche Prozess muss von Anregungen, Transparenz und einer aktiven Beteiligung aller Mitarbeiterebenen und dem ständigen Wunsch nach Verbesserungen gekennzeichnet sein (◘ Abb. 5.1). Werden Lern- und Entwicklungspotenziale mobilisiert, darf eine Unternehmenskultur nie statisch stagnierend sein, sondern muss auf unterschiedliche Einflüsse innerhalb und außerhalb des Unternehmens innovativ und anpassungsfähig reagieren können.

Nach Pümpin et al. werden in der Unternehmenskultur »die Gesamtheit der Normen, Wertvorstellungen und Denkhaltungen, die das Verhalten der Mitarbeiter aller Stufen und somit das Erscheinungsbild eines Unternehmens prägen« gesehen (Pümpin et al., 1985, S. 8). Dabei kristallisieren sich insbesondere vier Kriterien heraus:

1. *Kundenorientierung:* Aussagen über ein bestimmtes Bild vom Menschen sowie die Definition qualitativ hochwertiger Leistungen oder Dienstleistungen werden angestrebt.

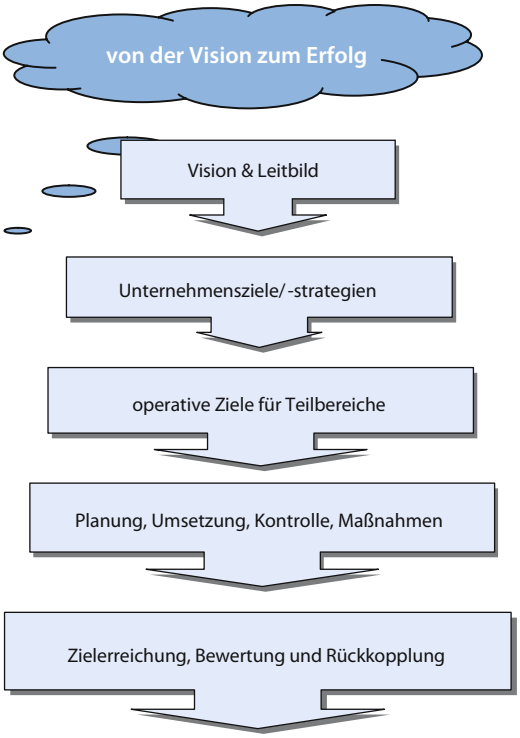


Abb. 5.1. Von der Vision zum Erfolg (nach Ament-Rambow, 2004)

2. *Innovationsorientierung:* Offenheit und eine positive Grundhaltung gegenüber neuen Ideen und dem Interesse an Weiterentwicklung wird gefördert.
3. *Mitarbeiterorientierung:* Es wird Wert auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gelegt; dabei spielt die Vorbildfunktion der Führungspersönlichkeiten, eingebettet in eine kooperative Führungskonzeption, aber auch die Delegation von Verantwortung und Kompetenzen an die Mitarbeiter, eine große Rolle.
4. *Resultats- und Leistungsorientierung:* Leistung ist bei gleichzeitig anzustrebender hoher Qualität zu erbringen.

Das Vorhandensein dieser Grundsätze und Strukturen hat unmittelbaren Einfluss auf die Mitarbeiterführung und Organisation eines Unternehmens bis zur operativen Ausrichtung der einzelnen betrieblichen Einheit wie einer Station oder Ambulanz.

Holleis fasst in fünf Funktionen die Bedeutung der Unternehmenskultur zusammen:

- Die Unternehmenskultur begründet Identität.
- Die Unternehmenskultur vermittelt Sinn.
- Die Unternehmenskultur stiftet Konsens.
- Die Unternehmenskultur gibt Orientierung.
- Die Unternehmenskultur eröffnet Lernpotenziale (Holleis, 1987).

Beispiel Pflegeleitbild der Charité Universitätsmedizin Berlin 2005

Zielsetzung

Das Pflegeleitbild gibt Orientierung für eine gemeinsame berufliche Identifikation Pflegender im Unternehmen. Unsere Zielsetzung ist die Gewährleistung einer patientenorientierten Pflege basierend auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Pflegeforschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sind integraler Bestandteil unserer Arbeit.

Pflegeverständnis

Wir behandeln jeden Menschen mit Würde und Respekt und beziehen ihn als Partner in alle ihn betreffenden Entscheidungen ein. Wir begleiten, beraten und unterstützen die Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Lebenssituationen, von der Geburt bis zum Sterben. Wir bieten eine Atmosphäre, in der Angehörige/Bezugspersonen sich aufgenommen und einbezogen fühlen.

Pflegequalität

Wir entwickeln unsere berufliche Kompetenz durch aktiven Wissenserwerb und kontinuierliche Reflexion der eigenen Tätigkeit. Unsere Pflegequalität überprüfen wir regelmäßig mit definierten Kriterien. Wir unterstützen die Leistungsfähigkeit des Unternehmens durch wirtschaftliches Handeln. Das Spannungsfeld von Aufgabenerweiterung und Ausgabenbegrenzung mindern wir durch konstruktives lösungsorientiertes Handeln.

Zusammenarbeit

Das Pflegepersonal ist Partner im multidisziplinären Team und kooperiert mit allen Einrichtungen in Lehre und Forschung und Krankenversorgung. Gegenseitige Achtung und Toleranz bestimmen unser Miteinander, in dem jeder an seinem Platz zum Ge-

lingen des Ganzen beiträgt. Wir gestalten gemeinsam ein Arbeitsklima, das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermutigt und befähigt, selbstständig Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Wir sehen die Umsetzung des Leitbildes als kontinuierlichen Prozess, der von Anregungen und Verbesserungen gekennzeichnet ist.

5.1.2 Führen mit Zielen (»Management by Objectives«)

Die sog. »Management by …«-Konzeptionen haben ihren Ursprung in der praxisorientierten amerikanischen Managementliteratur der 60er und 70er Jahre. Management by Objectives (MbO), die Führung mit Zielen, gilt als die am weitesten verbreitete Führungstechnik. Einerseits werden die Ziele von Führungskraft und Mitarbeiter gemeinsam erarbeitet und andererseits ein Führungsmodell mit umfassenden Zielbildungsprozessen im Unternehmen initiiert.

Fröhlich hat sechs Grundsätze des MbO formuliert. Die (1.) *Zielprojektion* setzt zunächst voraus, dass Zielvorstellungen grundsätzlich vorhanden sind. So können z. B. in Einrichtungen des Gesundheitswesens die Dienstleistungen in einem Leitbild mit Qualitätsmerkmalen und Verhaltensweisen, um die sich die Beschäftigten bemühen, definiert sein. Bei der (2.) *Zieldefinition* geht es darum, Zielgrößen aus dem Gesamtziel innerhalb der Geschäftsbereiche, Abteilungen oder Organisationseinheit zu operationalisieren, in Beziehung zu setzen und für die Stelleninhaber in einer klaren und unmissverständlichen Form darzustellen. Führung mit Hilfe von Zielen betont ein kooperatives und partizipatives Führungssystem innerhalb eines zyklisch verlaufenden Prozesses. Ausgehend von dieser Aussage ist die (3.) *Zielpartizipation*, also die ständige Abstimmung und die Beteiligung der Mitarbeiter, unerlässlich. Zielvorgaben sind dann motivierend, wenn sie anspruchsvoll und erreichbar sind und gleichzeitig bei dem Mitarbeiter das Interesse an der Realisierung wecken, seinen Verantwortungsbereich vergrößern und durch die Zielbejahung zur (4.) *Zielidentifikation* führen. Unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsentwicklung des einzelnen Mitarbeiters, durch das Einräumen der Möglichkeit, seine Fähigkeiten unter Beweis zu stellen und sich als Partner der Führungskraft im Kontext der Aufgabenstellung im Betrieb zu fühlen, wird die (5.) *Zielmotivation* unterstützt. Zielvereinbarungen zwischen Mitarbeiter und Führungskraft bedingen gleichzeitig, den Erfolg zu eruieren (6. *Zielevaluation*), die gesetzten Ziele gemeinsam zu besprechen und in einer zweiten Dimension, sich aufbauend und orientiert am Leitungspotenzial in weitere konkrete Zielstellungen für die Zukunft zu münden (Fröhlich, 1990, S. 38f). Die Vorteile für die Führungskraft können in der Berufung auf die gemeinsame Zielvereinbarung bei der Ausübung der Kontrollfunktion einem besseren Überblick in die Leistungsmotivation und die Einstellungen des Mitarbeiters sowie einer sachkundigeren Beratung und Förderung gesehen werden.

Nach dem BRAHMS-Modell können Rahmenbedingungen für das Führen mit Zielen postuliert werden (Praße, 1999). Neben dem Vorliegen einer grundsätzlichen ***B**ereitschaft* zur Erarbeitung gemeinsamer Ziele sind auch ***R**ahmenbedingungen* (Unternehmenskultur, Leitbild, Budget) erforderlich. Die mögliche Delegation von ***A**ufgaben* an einzelne oder Teams setzt einen gewissen ***H**andlungsspielraum* bei der Suche nach sinnvollen Lösungen voraus, bei der auch gezielt Kreativität freigesetzt werden soll. Festgelegte und geplante ***M**aßnahmen* unterliegen nach den Gesichtspunkten im Projektmanagement in der Bearbeitung einer Verbindlichkeit. Die Führungskraft unterstützt die Aktivitäten zur Zielerreichung aus Überzeugung und vermittelt so den Beteiligten die erforderliche ***S**icherheit*, dass das angestrebte Resultat auch tatsächlich erreicht werden soll.

Klarheit in der Zielformulierung fördert grundsätzlich den Zielerreichungsprozess. Daher müssen Ziele S.M.A.R.T.T (spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, terminorientiert, transparent) sein.

5.1.3 Das Mitarbeitergespräch mit Zielvereinbarung

Die Forderungen nach Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens einerseits und nach Humanisierung der Arbeitswelt andererseits bilden die wesentlichen Orientierungspole in jeder modernen Personalführung. Die Implementierung regelmäßiger Mitarbei-

tergespräche mit Zielvereinbarungen können die Suche nach bestmöglichen Kompromissen im Sinne des Unternehmens und der Mitarbeiter nachhaltig unterstützen. Es ist ein Gespräch zwischen dem unmittelbaren Vorgesetzten und dem Mitarbeiter.

Als angewandtes Führungsinstrument kann eine Gesprächskultur entwickelt und gefestigt werden, die zu einer Verbesserung der Kooperation, Motivation und zu gezielter Personalentwicklung führen soll. Es liegt auf der Hand, warum sich Unternehmen verstärkt dieser Art von Gesprächen widmen. Menschenführung besteht im Wesentlichen aus Gesprächen zwischen Mitarbeiter und Führungskraft. Sprenger bezeichnet Motivation als das freie Fließen einer eingeborenen Energie (Demotivation ist nach Sprenger blockierte, träge Energie), die von Führungskräften gezielt zu fördern ist. Über diese Faktoren erhält die Führungskraft nur Aufschluss im »direkten, regelmäßigen Mitarbeitergespräch (face to face)« (Sprenger, 1993, S. 173). Zwischen dieser Erkenntnis und der Tat ist in der Realität in der Unternehmenswelt oft noch ein weiter Weg. Aussagen der Mitarbeiter, »Jetzt bin ich schon solange hier beschäftigt, aber wie meine Arbeit gesehen wird, weiß ich bis heute noch nicht!«, oder der Führungskraft, »Ich kann gar nicht verstehen, warum mir meine Mitarbeiter bei diesem fortschrittlichen Projekt nicht folgen möchten!«, sind durchaus keine Seltenheit. Der Wunsch des Menschen, bedeutend zu sein, anerkannt und gelobt zu werden, bedingt für den Arbeitsprozess ein Wissen darüber, wie Kollegen und Führungskräfte mit seiner Arbeit zufrieden sind. Er will wissen, ob seine Fähigkeiten und Fertigkeiten erkannt, richtig eingeschätzt werden und möchte selbst nach seinen Leistungen und Interessen eingesetzt und gefördert werden.

Eine solche Form des Mitarbeitergesprächs bedingt eine kooperative Arbeitsbeziehung, in der Partnerschaftlichkeit und Gleichrangigkeit auf der Beziehungsebene zum Ausdruck kommen (Schulz von Thun, 1981).

Auf der Basis eines vertrauensvollen Klimas ist das Mitarbeitergespräch mit Zielvereinbarungen die geeignetste Form, leistungs-, aufgaben-, und zielbezogen zu kommunizieren und die Entwicklungschancen und Entwicklungswünsche des Mitarbeiters offen zu diskutieren.

Es schafft am ehesten die Grundlage, eine gemeinsam getragene zukunftsorientierte Vereinbarung zu finden. Der Hauptakzent des Gesprächs beruht auf den künftigen Gestaltungsmöglichkeiten. Eine planvolle Vorbereitung des Gesprächs beider Gesprächspartner, ein zielorientierter Gesprächsverlauf, die dialogische Einstellung (möglichst viele Sichtweisen einbeziehen, zum Gespräch »einladen«, den anderen »besuchen«) und das dialogische Verhalten (den Standpunkt des anderen besser verstehen durch aufmerksames Zuhören, grundsätzliche Offenheit für alternative Handlungsmöglichkeiten) der Führungskraft und die Integration der gesammelten Erfahrungen in einen kontinuierlichen Lernprozess, begünstigen ergebnisorientierte Mitarbeitergespräche. Im »mitarbeiterorientierten Gespräch steuert der Vorgesetzte den Dialog wenig bis gar nicht nach seinen eigenen Vorstellungen, sondern nach dem, was er den Äußerungen des Mitarbeiters entnehmen kann« (Jung, 2003, S. 2).

Praxisbox

Checkliste für den Mitarbeiter zur Vorbereitung

Zielüberprüfung:

- Was wurde von mir seit dem letzten Mitarbeitergespräch erwartet?
- Was waren meine Aufgaben?
- Sind die Ziele erreicht?
- Was war förderlich und was war hinderlich?

Einschätzung der Arbeit und Zielsetzung:

- In welchen Bereichen sollte sich meine Arbeit verbessern?
- Welche Bereiche benötigen besondere Anstrengung und erhöhte Aufmerksamkeit?
- Was kann ich dazu beitragen?
- Wie könnte die Unterstützung durch meinen Vorgesetzten aussehen?

Problemanalyse:

- Mit welchen Schwierigkeiten und Risiken rechne ich?
- Wodurch können diese überwunden werden?
- Was kann ich selbst tun und welche Unterstützung brauche ich?

Ziel des Gesprächs ist die gemeinsame Suche nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsleistung, der Arbeitsbedingungen und der Zufriedenheit. Mit der beiderseitigen Zielsetzung auf Einigung und entsprechenden Änderungskonsequenzen wird der Anspruch nach einer offenen und vertrauensvollen Gesprächssituation umso deutlicher.

Der Nutzen von Mitarbeitergesprächen lässt sich anhand der Ebenen – strategische Orientierung, Personalführung und Personalenwicklung – charakterisieren:

- Strategische Orientierung:
  - Globalziele werden in Einzelzielsetzungen heruntergebrochen und in den Aufgabenschwerpunkten für den einzelnen Stelleninhaber deutlich,
  - Identifikation mit übergeordneten Zielen und stärkere Einbindung des Mitarbeiters in den Unternehmensprozess,
- Personalführung:
  - Förderung eines Klimas des Vertrauens mit gegenseitiger Achtung und Anerkennung,
  - gemeinsame Vereinbarung von Zielen und Erarbeitung von Lösungsschritten,
  - »sanfte Kontrolle« im Rahmen der Personalführung,
  - Führungskraft lernt die Interessen und Erwartungen ihrer Mitarbeiter besser kennen,
- **Personalentwicklung**:
  - Mitarbeiter wird zum Nachdenken über seine eigene Weiterbildung und Förderung angeregt; die Führungskraft hat im Rahmen der Führungsverantwortung Realisierungsmöglichkeiten zur Entwicklung der Mitarbeiter zu überlegen,
  - Leistungs- und Entwicklungspotenziale, Bedarf an Bildung und nötige Unterstützung des Mitarbeiters sollen erkannt werden; die Eigenverantwortung wird gefördert und Kreativität wird freigesetzt.

Ziele können in unterschiedlichen Zeitabschnitten (kurz-, mittel-, langfristig) eingeteilt werden. Sie müssen überprüfbar und eindeutig sein. Aus der Zielsetzung des Unternehmens (z. B. **Kundenzufriedenheit**) werden Unterziele abgeleitet und diese z. B. von der Ebene der Pflegedirektion zur Pflegedienstleitung über die Stationsleitung bis zur Pflegenden auf der Station oder Ambulanz in einem Zielvereinbarungsprozess geführt. Dabei stellen qualitative Ziele aus den Dienstleistungsbereichen im Hinblick auf objektive Messbarkeit eine besondere Herausforderung dar.

In einer Zeit des raschen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wandels ist der Erfolg eines Unternehmens stärker von qualifizierten Führungskräften abhängig als in Zeiten gleichmäßigen Wachstums. Neben technischen und strukturellen Fortschritten ist die Führungsarbeit im menschlich-sozialen Bereich als persönliche und zwischenmenschliche Führungskompetenz gefragter denn je. Die Implementierung von Mitarbeitergesprächen mit Zielvereinbarungen bedarf in der Regel spezieller Schulungen von Führungskräften. Die erfolgreiche Personalführung kann man heute zunehmend daran messen, wie viel Zeit und Energie eine Führungskraft erfolgreich in die Entwicklung der Fähigkeiten der Mitarbeiter investiert, um diese weiterzubilden, und inwieweit das Bedürfnis nach Weiterentwicklung jedes einzelnen Mitarbeiters bewusst angesprochen und gefördert wird.

Intensität, Art und Umfang zur Institutionalisierung der Gespräche werden von unterschiedlichen Determinanten bestimmt. Führungskräften werden an dieser Stelle hohe Anforderungen an ihre Stresstoleranz sowie soziale Sensibilität, Konfliktfähigkeit und kommunikatives Geschick abverlangt. In Trainingsmaßnahmen gewinnt die Steigerung der situativen Kompetenz z. B. in Form von Rollenspielen an Bedeutung.

Kommunikationswissenschaftler kritisieren mittlerweile die einseitige Investition in die Führungsebene, bei der Führungs- und Kommunikationsverhalten in eher hierarchisch homogenen Gruppen trainiert wird. Eine bewusste Integration der Mitarbeiter in ein Schulungskonzept verlässt den Pfad einer einseitig in sozial- kommunikativen Kompetenzen hochgerüsteten Führungselite, in der häufig in einer »Pseudo-Partnerschaft die Mitarbeiter zwangsläufig den besseren Argumenten ihrer Führungskräfte unterliegen müssen« (Schettgen, 1993, S. 72). Gemeinsame Trainingseinheiten von Führungskräften und Mitarbeitern aus einer Organisationseinheit können eine unmittelbare Vorbreitung auf die ohnehin durchzuführenden Gespräche leisten, in denen sich die tatsächlichen Partner (z. B.

auch in einem Rollenwechsel) in einer geschützten Atmosphäre vorbereiten und üben. Ein Training anhand realer Situationen ergibt sich häufig aus dem Verlangen der Teilnehmer, Situationen aus dem eigenen Umfeld zu behandeln. Ein Vorteil besteht in der Berücksichtigung von echten und konkreten Anliegen der Teilnehmer, die in der Regel ohnehin einen Lösungsansatz benötigen. Die spezifische Unternehmenskultur, abgestimmte Führungsleitlinien, der Kreis der Einbezogenen sowie deren bisherigen Erfahrungen sind denkbare Determinanten für die Intensität, Art und Umfang von Trainings zur Institutionalisierung von Mitarbeitergesprächen.

Praxisbox

Ein Mitarbeitergespräch mit Zielvereinbarungen sollte einmal jährlich stattfinden. Ergebnisse und Zielvereinbarungen werden schriftlich festgehalten und sollten von den Gesprächspartnern unterschrieben werden. Es ist ein vertrauliches Gespräch, aus dem die Weitergabe von Informationen an Dritte ohne Einverständnis beider Beteiligten, für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit kontraproduktiv sind.

Auf der Basis von Partizipation führen Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen zu einer stärkeren Identifikation mit der Arbeit und dem Unternehmen. Motivationsstand und Leistungsbereitschaft können sich in einem wechselseitigen Nutzen steigern. Dem »Menschlichen« wird in der Organisation mehr Spielraum gegeben und anstelle bürokratischer Regelungen tritt eine kommunikative Verständigung.

5.2 Motivation und Leistung von Mitarbeitern

Maßnahmen zur Umstrukturierung, wie Fusionen, Trägerwechsel, Bettenabbau Schließungen von Stationen oder Teilbereichen, Zusammenlegungen von Abteilungen, Personalabbau, kürzere Verweildauer, knappere finanzielle Ressourcen, Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven u. v. m., bestimmen bundesweit die Veränderungen in den Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die erfolgreiche Gestaltung des Wandels, die Umsetzung von Reorganisationsmaßnahmen und die Implementierung neuer Prozesse ist im Wesentlichen vom Engagement der unmittelbar beteiligten Mitarbeiter im Veränderungsprozess geprägt. Betriebliche wirtschaftliche Realitäten verstärken den Druck auf kurzfristige und nachhaltige finanzielle Effekte, bei denen die Anforderungen an ein systematisches Veränderungsmanagement in den Hintergrund geraten können.

Wenn Mitarbeiter auf dieses neue »Denken« nicht ausreichend vorbereitet sind, können Unsicherheiten und Ängste den Widerstand verstärken. Hinsichtlich der Hierarchie der Bedürfnisse (physiologische, sicherheitsorientierte, soziale, psychologische Bedürfnisse, Wunsch nach Selbsterfüllung) müssen zunächst die ökonomischen Bedürfnisse angemessen befriedigt sein, bevor die übrigen Bedürfnisse als Elemente der Motivierung an Bedeutung gewinnen (Scanlan, 1982).

»Pflegende mit ihrer Ausbildung sind bereits durch Teamarbeit und Demokratiebewusstsein geprägt« (Ament-Rambow, 2005, S. 567). Im unmittelbaren Arbeitsprozess werden Emotionen offen thematisiert und Aufgaben im Team gelöst. Veränderungsprozesse werden deswegen oft am meisten von Pflegenden angestoßen, weil die direktere Konfrontation mit den Wünschen der Patienten am ehesten geeignet ist, die Notwendigkeiten für Veränderungen zu identifizieren. Es sind öfters die fehlende Akzeptanz bei anderen Berufsgruppen oder festgefahrene Strukturen, die eine Umsetzungsstärke reduzieren können. Wie aber lässt sich freiwilliges Engagement, Motivation, Neugier und die Freude am Neuen freisetzen und welche Rolle hat hierbei das Pflegemanagement wahrzunehmen? Zur Beantwortung dieser Frage ist es sinnvoll, sich mit möglichen Motivations- und Demotivationsfaktoren auseinanderzusetzen. Eine von der Deutschen Gesellschaft für Personalführung e. V. in Auftrag gegebene Studie beim Centrum für Krankenhaus-Management hat in einer Motivationsabfrage in Kleingruppen wertvolle Hinweise herauskristallisiert. Die herausgearbeiteten Aussagen wurden durch Interviews und Reflexionsgespräche auf inhaltliche Validität geprüft:

- »Ein Gefühl von Stolz, Freude und Selbstwert empfinde ich, wenn …
  - … ich weiß, dass ich gute Arbeit leiste/geleistet habe

- … Anerkennung meiner/unserer Professionalität von außen erfolgt (Patienten, Angehörige, KollegInnen, Vorgesetzte)

- Erfolg haben [ist, wenn …]
  - … ein Projekt erfolgreich abgeschlossen werde konnte
  - … meine Arbeit Erfolg hat
  - … der Erfolg mir Recht gibt
  - … Unmögliches möglich wird
  - … ich erlerntes Fachwissen praktisch umsetzen konnte […]
  - … ich den Mut hatte, meinen Weg beizubehalten: mit Erfolg
  - … ein Patient lächelte
  - … meine Arbeit erfolgreich umgesetzt wird
  - … es mir gelingt, auch andere für eine Sache zu begeistern
  - … ich mich ernst genommen fühle
  - … gute Organisation auch im Ausnahmefall klappt
- Anerkennung erfahren [ist, wenn …]
  - … ich Lob, Anerkennung erfahren habe
  - … meine Arbeit gelobt wird
  - … meine Arbeit geschätzt wird, wenn sie gelingt
  - … ich aufrichtiges Lob durch den Vorgesetzten erhalte
- Ein Gefühl von Verärgerung, Gleichgültigkeit und Lähmung meiner Initiative stellt sich bei mir ein, wenn …
  - … ich persönlich versage
  - … ich festgefahrene Verhaltensstrukturen erlebe
  - … ich zwar Erfolg habe, aber den anderen nicht überzeugt habe
- [Feedback fehlt, wenn …]
  - … ich keine positive oder negative Rückmeldung über meine Arbeit bekomme
  - … Arbeitsergebnisse ignoriert werden
- Sinnlose ABM [(Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen) sind, wenn …]
  - … ich sinnlose Arbeit ausführen muss
  - … Ziele nicht produktiv sind
- Professionalität [ist] nicht gefragt, [wenn]
  - … nach erfolgter Weiterbildung die PDL kein Interesse zeigt
  - … Kompetenz nicht gefragt ist
  - … ich Erlerntes nicht anwenden kann
- Strukturmängel [sind vorhanden, wenn …]
  - … Erfolg an Banalitäten scheitert
  - … veränderbare Rahmenbedingungen meine Arbeit erschweren
- Unglaubwürdige Führung [liegt vor, wenn …]
  - … Entscheidungen mir aufdiktiert werden (keine Transparenz)
  - … unsachlich Macht ausgeübt wird
  - … ich auf Inkompetenz stoße, die verbunden ist mit Arroganz
  - … ich Gleichgültigkeit bemerke
  - … ich ungerechtfertigte Kritik erhalte
  - … Initiative geblockt wird« (von Eiff, 2000, S. 103f)

Von Eiff hat durch eine Umfrage bei 63 Pflegekräften und 26 Assistenzärzten herausgearbeitet, dass die größten Motivationseffekte durch »unfaire«, versteckte soziale Spielregeln auftreten. Die Frustration nimmt durch Intrigen, nicht transparente Absichten, geblockte Initiative, destruktive Kritik, bewusstes Übergehen, Ungerechtigkeit, Entscheidungsunfähigkeit, Angst vor Verantwortung, Desinteresse, Überforderung und fehlende Anerkennung zu.

Führungskräfte können den negativen Motivationseffekten mit transparenten Entscheidungsprozessen, Bestrafen von intrigantem Verhalten, Belohnen von Engagement, Abbauen von Engagementhindernissen, Vermeiden von öffentlicher Kritik, einer konstruktiven Fehlerkultur, fachgerechter Einbeziehung von Mitarbeitern, nachvollziehbaren Entscheidungen, durch Fordern, Entwickeln von Vertrauen und »Mitnehmen« der Mitarbeiter entgegenwirken.

»Motivation kann nur von innen heraus entstehen, geboren aus der Überzeugung, etwas wert zu sein im Rahmen der Krankenhausorganisation, einen Beitrag, in welcher Form auch immer für das Funktionieren des Krankenhausbetriebes zu leisten, der auch als solcher anerkannt wird« (von Eiff, 2000, S. 101). Die Aufgabe der Führungskraft besteht in der Schaffung der organisatorischen Rahmenbedingungen, einer Vorbildfunktion, die den Wunsch des Menschen nach mehr Autonomie und Selbstständigkeit in der Arbeitswelt in den Vordergrund rückt und damit seine Motivation und Leistungsbereitschaft selbst entwickeln lässt. Rosenstiel und Stengel interpretierten bereits 1987, dass auf der Basis eines gestiegenen Bildungsniveaus das Wohlbefinden und

die Identifikationsbereitschaft des Einzelnen auch davon tangiert wird, inwieweit er an die Dienstleistungen des Unternehmens glaubt und den Weg befürwortet, auf dem diese realisiert werden (Rosenstiel u. Stengel, 1987).

Wie sich eine innere Haltung bzw. in der Person begründete Motivation durch von außen gelenkten Faktoren verändern kann, zeigt das folgende Beispiel. Die ursprüngliche Anziehungskraft, die Spannung und die Neugier gehen nach einer Umwandlung in eine andere Belohnung verloren.

Kasuistik

»Ein alter Mann wurde täglich von den Nachbarskindern gehänselt und beschimpft. Eines Tages griff er zu einer List. Er bot den Kindern eine Mark an, wenn sie am nächsten Tag wiederkämen und ihre Beschimpfungen wiederholten. Die Kinder kamen, ärgerten ihn und holten sich dafür eine Mark ab. Und wieder versprach der alte Mann: »Wenn ihr morgen wiederkommt, dann gebe ich euch 50 Pfennig.« Und wieder kamen die Kinder und beschimpften ihn gegen Bezahlung. Als der alte Mann sie aufforderte, ihn am nächsten Tag, diesmal allerdings gegen 20 Pfennig zu ärgern, empörten sich die Kinder: Für so wenig Geld wollten sie ihn nicht beschimpfen, Von da an hatte der alte Mann seine Ruhe.« (Sprenger, 1996, S. 67)

5.2.1 Teamentwicklung und Führung

Effektive Teams bieten Unternehmen die Chance, durch reduzierte Reibungsverluste und erhöhte Produktivität die Qualität der Dienstleistungen zu steigern und die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen zu verbessern. Mit der Zunahme von komplexen Lern- und Leistungsprozessen ist eine verstärkte Ausrichtung auf Teamarbeit im Hinblick auf die Arbeits- und Ablauforganisation für soziale Organisationen kennzeichnend. Erfolgreiches Zusammenwirken ist jedoch selten gegeben, sondern bedarf einer Überzeugung und Investition auf Seiten des Managements. Partizipative Führung mit entsprechender Anleitung, Beratung und Begleitung bildet die Voraussetzung für eine erfolgreiche Teamarbeit. Dabei unterstützt die Führungskraft im Rahmen der Teamentwicklung die Mitarbeiter, die Probleme selbst zu erkennen, zu bewältigen und die richtigen Lösungen zu finden. Sie ist kein Problemlöser des Teams. Sie schätzt vielmehr die Potenziale der Teammitglieder richtig ein, kann Verantwortung übertragen und klare, erreichbare Ziele vereinbaren. Die Führungskraft ist gleichzeitig Vorbild, selbstkritisch, zur Kritik von beiden Seiten fähig und sorgt für ein positives **Image** des Teams innerhalb des Unternehmens. Bei der Maßnahmenentwicklung berücksichtigt sie die Individualität der Teammitglieder und ist fähig, Persönlichkeiten zu integrieren (Gerlach, 2003). »Zweck von Teamentwicklung ist es, die fachliche und soziale Zusammenarbeit eines Teams so weit zu stärken, dass eigenständige und optimale Arbeitsergebnisse heute und in Zukunft erzielt werden können« (Gerlach, 2003, S. 32).

Teamentwicklungsphasen

Strukturveränderungen in den Gesundheitseinrichtungen führen immer häufiger dazu, dass sich neue Teamkonstellationen bilden (müssen). Die folgenden Entwicklungsphasen sind bei der Entwicklung eines Teams nahezu typisch.

Phase des Formings

Es handelt sich um die Kennlernphase. Sie ist geprägt durch Unsicherheiten, Orientierungsversuche, in denen Regeln und Grenzen ausgetestet werden. Während dieser Phase ist die Leitungsorientierung besonders stark ausgeprägt.

Phase des Stormings

Die Diskussionen und der Austausch bzw. die Positionierung der Standpunkte gewinnt an Dynamik. Meinungsverschiedenheiten werden deutlicher kommuniziert. Die Neuzuordnung von Rollen und Machtverhältnissen führt zu stürmischen Konflikten. Die Führungskraft unterstützt den Prozess, indem sie auftretende Konflikte offen und konstruktiv anspricht und mit den Beteiligten gemeinsam nach Lösungen sucht.

Phase des Normings

Die Teammitglieder beginnen Regeln für die Zusammenarbeit aufzustellen. Es entwickelt sich ein

Wir-Gefühl als Basis für die gemeinsame Lösung von Sachproblemen in der Arbeits- und Ablaufstruktur. Die Führungskraft unterstützt die Phase mit ihrer fachlich-methodischen Kompetenz. Sie verknüpft Spezialwissen mit übergeordneten und strategischen Denkmustern.

Phase des Performings

In dieser Phase steht das lösungs- und ergebnisorientierte Arbeiten und Denken im Vordergrund. Die Sachebene dominiert vor der Beziehungsebene. Die Teammitglieder sind in der Lage sich teamübergreifende Aufgabenstellungen wie Strukturveränderungen zuzuwenden. Die Führungskraft zeigt in den Phasen ein hohes Maß an Flexibilität und Einfühlungsvermögen und führt situativ.

Teammerkmale

Es lassen sich leistungsstarke und leistungsschwache Teams durch die folgenden beobachtbaren Merkmale ableiten.

Aufgaben und Ziele

Teammitglieder in leistungsstarken Gruppen kennen ihre Aufgaben und Ziele. Problemlösungen werden gemeinsam erarbeitet und kritische Punkte offen kommuniziert. In leistungsschwachen Gruppen sind den Teammitgliedern Aufgaben und Ziele unklar. Teilweise werden gemeinsame Ziele boykottiert.

Entscheidungen

Starke Teams zeichnen sich dadurch aus, dass sie Entscheidungen gemeinsam treffen, diese tragen und in der Umsetzung verfolgen. In leistungsschwachen Teams werden Entscheidungen gerne vertagt oder nach der Entscheidung in der Umsetzung ignoriert.

Gruppenatmosphäre

Engagement, Interesse und ein entspanntes Gruppenklima bestimmen die Arbeitsatmosphäre in leistungsstarken Gruppen. Desinteresse und Gleichgültigkeit mit gehäuften Spannungen prägen das Klima in leistungsschwachen Gruppen.

Kommunikation

In einer offenen und spontanen Kommunikation werden in effektiven Gruppen alle Teammitglieder einbezogen. Das Durchsetzen persönlicher Meinungen dominiert in leistungsschwachen Gruppen. Die Kommunikation verläuft stockend bis feindselig.

Konflikte und Kritik

Konflikte gehören in leistungsstarken Gruppen zum Selbstverständnis im Arbeitsprozess. Das Gruppenklima fördert die offene Kommunikation ohne Angst vor persönlichen Verletzungen. In leistungsschwachen Gruppen wird offene Kritik unterdrückt und durch aggressives Schweigen oder unterschwellige Angriffe ersetzt. Ein Ablenken auf andere Teams oder Berufsgruppen lenkt vom eigenen Handlungsbedarf ab (McGregor, 1970; zit. n. Heimann, 2000).

Alle Merkmale beinhalten die Sach- und Beziehungsebene. Voraussetzungen auf der individuellen Persönlichkeit, der Ebene der Teamstruktur, der Teamentwicklung als auch auf der Ebene der Unternehmenskultur und Organisationsstruktur müssen für ein leitungsfähiges Team gegeben sein.

5.2.2 Mitarbeiterbesprechungen

Regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen sind ein wichtiges Instrument der Kommunikation und Kooperation. Sie bilden den direktesten aber auch zeitaufwendigsten Weg, alle Mitarbeiter im Team zu erreichen. Sie sind zeitlich sinnvoll in den Arbeitsalltag zu integrieren, um durch Informationen und Vereinbarungen die Aufgaben besser und effektiver erbringen zu können. Sie dienen der besseren Verständigung im Team und sollten *immer* ein oder mehrere Ergebnisse beinhalten.

Mitarbeiterbesprechungen sind für die zeitnahe Weitergabe von aktuellen und wichtigen Informationen je nach Terminierung nicht immer geeignet. Sie können Möglichkeiten zur Förderung der sozialen und fachlichen Kompetenz, wie die Implementierung von Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln, Mitarbeitergespräche und -beratung oder Workshops, nicht ersetzen.

Kommunikation und Kooperation werden u. a. in Mitarbeiterbesprechungen gefördert, wenn in der Gestaltung folgende Grundannahmen berücksichtigt werden:

- gleichen Informationsstand herstellen,
- Transparenz schaffen,

- Diskussion zulassen,
- Meinungsbildung und Problemlösung fördern,
- Akzeptanz für Entscheidungen schaffen,
- Interesse und »Wir-Gefühl« erreichen,
- Mitverantwortung fördern,
- Konsens finden.

Zu den Merkmalen von leistungsstarken Gruppen gehört eine offene und spontane Kommunikation. Alle Teammitglieder sind im Dialog einbezogen.

Für die Gestaltung effektiver Mitarbeiterbesprechungen können Tipps für die Vorbereitung und methodisch-didaktische Hinweise für die Durchführung unterstützend sein.

Fragen zur Vorbereitung

- Stehen die Themen, die unbedingt behandelt werden sollen, am Anfang (Priorisierung)?
- Wie haben Sie sich auf die einzelnen Themen vorbereitet (Unterlagen)?
- Wissen Sie, was Sie mit den Themen erreichen wollen (Information, Auftrag, Entscheidung)?
- Stellen Sie Ihrem Team die Themenliste/Tagesordnung rechtzeitig zur Verfügung (mind. 1 Woche vorher)?
- Geben Sie Ihrem Team die Möglichkeit, eigene Themenvorschläge einzubringen?
- Vergewissern Sie sich, welche vereinbarten Ziele aus der/den vorangegangenen Besprechungen zu überprüfen sind?
- Bereiten Sie eine professionelle und motivierende Eröffnung vor, die die Teilnehmer fachlich und mental ankommen lässt?
- Sind den Teilnehmern gemeinsame Spielregeln für die Kommunikation bekannt (Ausreden lassen, Nebengespräche vermeiden, Wortmeldungen beachten, Interesse an der Meinung und Haltung haben, Aufgeschlossenheit und Toleranz gegenüber neuen Ideen, Probleme ernst nehmen, ich rede von mir, nicht von »man« oder »wir«)?

Tipps zum Ablauf der Besprechung

- Legen Sie die Moderation (Einhalten der Kommunikationsregeln, Reihenfolge der Wortmeldungen, Beiträge und Statements ohne Bewertung zusammenfassen, vermitteln, schlichten und Themen zu einem Ergebnis führen) und Protokollant (Konzentration auf ein Ergebnis- und Maßnahmenprotokoll, wer macht was bis wann?) fest.
- Visualisieren Sie die Agenda und stellen Sie die Besprechungsthemen vor.
- Formulieren Sie das Besprechungsziel, nehmen Sie Zusatzthemen entgegen und setzen Sie Prioritäten.
- Klären Sie die organisatorischen Rahmenbedingungen (Pausen, Handy etc.) und ernennen Sie einen Zeitmanager zur Einhaltung der vereinbarten Termine.
- Strukturieren Sie die Themen und sind Sie sich bewusst, dass eine positiv-freundliche Arbeitsatmosphäre auch im Verhalten als Vorbild die Gesamtatmosphäre in der Gruppe beeinflusst.
- Mit unterstützenden Fragen wird sich die Gruppe eher füreinander und für das Thema öffnen. Achten Sie auf die Einbeziehung aller Teilnehmer, denn diese fördert hinterher die Ergebnisse bzw. deren konsequente Umsetzung.
- Schriftlich visualisierte Fragen können die Klarheit der Aufgabe unterstützen.

Praxisbox

Durch »PEGASUS« können Sie der Besprechung Struktur geben (Laborde, 1997):

- **P**räsentieren Sie Ihr Ziel
- **E**rklären Sie die Evidence
- **G**ewinnen Sie die Übereinstimmung mit dem Ziel
- **A**ktivieren Sie Ihre Aufmerksamkeit
- **S**ichern Sie jede wichtige Entscheidung durch Zusammenfassung
- **U**nterziehen Sie Unwichtiges der Relevanzprüfung
- **S**ichern Sie den nächsten Schritt (am Ende der Besprechung)

Am Ende der Besprechung fassen Sie die wichtigsten Entscheidungen und Ergebnisse zusammen und nehmen Bezug auf die Maßnahmenliste, was von wem bis wann durchgeführt wird und kontrollieren Sie in den Folgebesprechungen auch den Stand vereinbarter Ziele.

Die Bedeutung einer systematischen Vorbereitung und Durchführung von Besprechungen wird für deren Erfolg in der Praxis häufig unterschätzt.

Je informativer formelle Besprechungen sind, desto häufiger treten Konflikte auf und desto mehr persönliches Engagement ergibt sich.

Je zentralisierter die Entscheidungsbefugnisse und der Informationsfluss sind, desto seltener und intensiver sind Konflikte und desto geringer ist das persönliche Engagement.

5.2.3 Supervision

Bei dem bestehenden Spannungsfeld zwischen knapper werdenden finanziellen Ressourcen in den Gesundheitseinrichtungen und der für Fort- und Weiterbildung eingesetzten Mittel, ist die Frage nach einer Kosten-Nutzen-Analyse besonders gerechtfertigt. Gleichzeitig legen die Betriebe gerade in den Bereichen Teamfähigkeit, Problemlösungskompetenz und Kundenorientierung bei den Qualifikationsanforderungen an neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr viel Wert auf formale Qualifikationen (Schade, 2002). Neben Formalqualifikationen gewinnen »Soft Skills«, wie Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten, an Bedeutung. Damit wird in den personalintensiven Gesundheitsbereichen dem besonderen Merkmal des hohen Anteils der Arbeit in der unmittelbaren Begegnung und Interaktion mit den Patienten zumindest in den Anforderungsprofilen Rechnung getragen. Supervision als Unterstützungs- und spezielle Beratungsmethode der Personalentwicklung kann Prävention und Bewältigung arbeitsbezogener Belastungen dienen, bei der gleichzeitig die berufliche Handlungskompetenz erweitert und die Arbeitszufriedenheit erhöht werden kann. »Im Erleben der Pflegenden haben psychosoziale Belastungen einen höheren Stellenwert als die körperliche Beanspruchung durch ihren Beruf«. »Eine konsequente Lösungs- und Umsetzungsorientierte Supervision wird dem Bedarf von Pflegenden gerecht und erweist sich im Krankenhaus als effektiv« (Wittich, 2004).

Supervision hat ihren Ursprung in der amerikanischen Sozialarbeit um 1900 und stand für die koordinierende und unterstützende Tätigkeit mehrerer Sozialarbeiter im Bereich der sozialen Einzelhilfe. Im Verlauf der Jahre wurde Supervision mehr als »… eine systematische und regelgeleitete Reflexion der Berufspraxis von Personen aus helfenden Berufen verstanden« (Rohlfing, 1991, S. 4). Auch wenn heute noch die Beratung sozialer Organisationen und ihrer Mitarbeiter ein wichtiges Betätigungsfeld darstellen, gehören Dienstleistungsunternehmen, Wirtschaftsverbände und Nonprofit-Organisationen zu etablierten Nutzern dieser Beratungsleistung.

Was ist Supervision?

Definition

Supervision ist eine spezielle Beratungsform, die ermöglicht, dass berufliches Handeln reflektiert wird und neue Handlungsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen erweitert werden können.

Supervision fokussiert stärker einen sich selbst reflektierenden Ansatz. Dabei werden personale, interaktive und organisatorische Aspekte berücksichtigt. Situationen aus dem beruflichen Alltag werden gemeinsam mit den Teilnehmern analysiert, erörtert und selbstreflektiv bearbeitet. Kommunikation und Kooperationsbeziehungen im Kontext zu beruflicher Arbeit stehen im Vordergrund. Die emotionale Entlastung und das Auflösen von Spannungen können dazu beitragen, die Energien wieder auf die beruflichen Aufgaben zu orientieren. Umstrukturierungsprozesse, Burn-Out-Gefährdung bei besonders belastender Arbeit, Kommunikations- und Kooperationsprobleme mit Klienten, Kunden und Vorgesetzten können weitere Anlässe für die Initiierung einer Supervision sein.

Es werden verschiedene Formen der Supervision unterschieden:

- Einzelsupervision (die Einzelperson steht im Mittelpunkt),
- Gruppensupervision (Personen mit gleichen oder ähnlichen Aufgabenprofilen, Kundenbeziehungen oder Führungsverantwortung stehen im Mittelpunkt),

- Teamsupervision (Kommunikations-, Kooperations-, Arbeits- und Kundenbeziehungen stehen im Mittelpunkt).

Ahrends skizziert die Ziele von Supervision in 4 Dimensionen der Kompetenzerweiterung

- *personale Kompetenz:* Erweiterung des Wissens über sich und die eigene Wirkung auf andere,
- *Beziehungs- und Arbeitsgestaltung:* Kontaktaufnahme, Begegnung, Umgang mit Konflikten, Harmonie,
- *strukturelle Kompetenz:* Rollen-, Positionen-, Funktionenverständnis und -gestaltung, Aufgabenbewältigung des Einzelnen im beruflichen System,
- *methodische und instrumentelle Kompetenz:* Verbesserung von Kenntnissen und Fertigkeiten hinsichtlich des beruflichen Feldes, der Diagnose, Bewältigung von Arbeitsproblemen, Krisenmanagement.

In den letzten Jahren wird Supervision immer häufiger in psychiatrischen Einrichtungen gefordert und implementiert. Sie gilt mittlerweile als ein Merkmal für Qualität (Ahrends, 2005).

5.3 Projektmanagement

Unternehmen müssen sich in einer zunehmend komplexen und dynamischen Umwelt behaupten. Projektmanagement hat sich zur Planung und Steuerung von betrieblichen Problemlösungsprozessen mit dem Ziel, einen geplanten organisatorischen Wandel zu verfolgen, zunehmend durchgesetzt. Projekte zeichnen sich durch einmalig durchzuführende Vorhaben mit einer zeitlichen Befristung, besonderer Komplexität und einer interdisziplinären Aufgabenstellung aus. In diesem Vorhaben werden die Ressourcen einer Organisation gebündelt, um quasi in »Laboratorien« zukünftige Strukturen einer Organisation zu entwerfen, zu erproben und schrittweise zu etablieren. Dabei werden neue Erfahrungen gemacht, neue Kompetenzen entwickelt und erworben, um sich schrittweise auf Neues einzulassen, ohne die alte Identität gleich aufzugeben.

5.3.1 Projektmerkmale

Definition

»Ein Projekt ist nach DIN 69901 ein Vorhaben, bei dem innerhalb einer definierten Zeitspanne ein definiertes Ziel erreicht werden soll, und das sich dadurch auszeichnet, dass es im Wesentlichen ein einmaliges Vorhaben ist (http://de.wikipedia.org/wiki/Projekt [Stand: 20.11.2005]«.

Weitere Merkmale können in Projekten mit unterschiedlichen Ausprägungen auftreten:

- *Komplexität* (Vielzahl von Lösungsmöglichkeiten, widersprüchliche Teilziele mit möglichen Zielkonflikten, Komplexität der Aufgaben),
- *einmaliger, innovativer Charakter* (neue Lösungen sind zu finden, die zu lösenden Probleme sind neuartig und unbekannt),
- *interdisziplinärer Charakter* (für den Erfolg ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer bereichsübergreifenden Kooperation zwingend),
- *Bedeutung* (hohe Bedeutung für den Auftraggeber bis zur Existenzfrage einzelner Organisationseinheiten oder Abteilungen),
- *Risiken* (Ziel- und Interessenkonflikte, hoher Abstimmungsbedarf, falsche Projektziele),
- *Druck* (zeitlich und ergebnisorientierte Vorgaben, Anforderung der Beteiligten in neuen Aufgaben).

5.3.2 Projektorganisation

Die Projektorganisation lässt sich überwiegend in 3 Aufgaben- und Verantwortungsbereiche unterteilen:

Der *Lenkungskreis* (meist Mitglieder der Entscheidungsebenen) trägt die Gesamtverantwortung für das Projekt. Ihm obliegt die Grobsteuerung mit Entscheidungs- und Interventionsrechten.

Die *Projektleitung* (eine Person oder Projektleitungsteam) ist für die Feinsteuerung des gesamten Projektes verantwortlich. Ihr obliegt das operative Management, die Koordination der Beteiligten und die Sicherstellung der Kommunikation.

Das *Projektteam* übernimmt die eigentliche Projektarbeit. Neben der fachlichen Expertise ist im Projektteam ein Projektverständnis, wie bereichsübergreifende Kooperation, die Fähigkeiten zum methodischen, systematischen Gestalten von Problemlösungsprozessen und das Arbeiten in einem Team erforderlich, da die Gruppe für den gemeinsamen Erfolg steht.

Je nach Fragestellungen sind Teilaufgaben in Teilprojektgruppen zu erweitern. Kompetenzen (Kosten-, Personal-, Ergebnisverantwortung) und Entscheidungswege können je nach Komplexität und Projektorganisation in den Ausprägungen unterschiedlich geregelt sein.

Wesentliche Formen der Projektorganisation, die ebenfalls variiert oder in Mischformen kombiniert sein können, sind:

- *Linienprojektorganisation:* Die Entscheidungskompetenzen verbleiben beim Linienmanagement. Die Integration des Projekts erfolgt in die vorhandene Aufbauorganisation.
- *Reine Projektorganisation:* Das Projektteam ist aus den bestehenden Strukturen herausgelöst und arbeitet selbstständig parallel zu den vorhandenen Abteilungen.
- *Matrix-Projektorganisation:* Charakteristisch ist die Mischform aus der reinen Projektorganisation und der Linienprojektorganisation. Formal können die Mitarbeiter in ihren Abteilungen verbleiben und fachlich in die Projektstruktur eingebunden sein.

5.3.3 Projektphasen

Projekte können unterschiedlich komplex sein und in ihrer Dauer stark variieren. Die Aufgaben und der Ablauf sind mit Hilfe einzelner Phasen in nahezu allen Projekten gut zu strukturieren. Ausgehend von einer Grobplanung nimmt der Detaillierungsgrad in den einzelnen Phasen bis zum Projektende stetig zu.

Informelle Phase

Eine Idee, Überzeugungen aus gesammelten Erfahrungen, Veränderungsbedarf oder eine Vision sind häufig die Wegbereiter für ein Projekt. Fachgespräche, ein Gedankenaustausch und kreative Ideensammlungen ohne vorliegenden Projektauftrag prägen diese Phase als Vorstufe für einen Projektantrag.

Phase der Definition

Bei der Vertrautheit mit einer Sache wird der Bedarf nach Analysen zunächst als zeitraubend und überflüssig eingestuft. Hier lauert die Gefahr einer zu schnellen Lösungssuche ohne vorher den Ist-Zustand zu analysieren. Die Projektvoranalyse bildet u. a. die Basis für den Projektantrag als Voraussetzung für den Projektauftrag. Chancen, Ressourcenbedarf in personeller und finanzieller Art und Risiken sind im Vorfeld zu eruieren und anzustrebende Ziele zu klären. Ein Projektleiter ist auszuwählen und der Projektauftrag wird erteilt.

Phase der Planung

Das Projektteam ist zu strukturieren. Aufgabenpakete und Ablaufpläne werden mit einer Zeitplanung von Start- und Fertigstellungsterminen (meilensteinspezifische Arbeitspakete) versehen. Verantwortliche je Aufgabenbereich sind abzustimmen. Ein Masterplan (Abb. 5.2) fasst als »Planungs-, Steuerungs- und Informationsinstrument Projektinhalte, deren zeitliche Koordination und verantwortliche Personen« (George, 2003, S. 12) zusammen. Die Transparenz für alle Beteiligten im Projekt wird durch die Einordnung in überschaubare Einheiten erreicht. Schnittstellen zu anderen Arbeitsbereichen sind zu identifizieren und in einer Informations- und Kommunikationsstruktur zu planen. Die Festlegung standardisierter Protokolle, deren Verteiler und regelmäßiger Besprechungen schafft bereits in der Planungsphase eine gewisse Verbindlichkeit für die interne Projektkommunikation.

Phase der Durchführung

Die Aufgabenpakete werden realisiert und parallel dazu wird der Projektfortschritt überprüft. Entwicklungen und Abweichungen werden in Ergebnis erstellungen kontrolliert. Veränderte Rahmenbedingungen (Gesetze, Finanzen, Politik, Neuausrichtung der Gesundheitseinrichtung) erfordern kontinuierliche Anpassungen und Korrekturen in der Planung weiterer Arbeitsschritte. Arbeitsprozesse sind zu moderieren und Teamentwicklungen

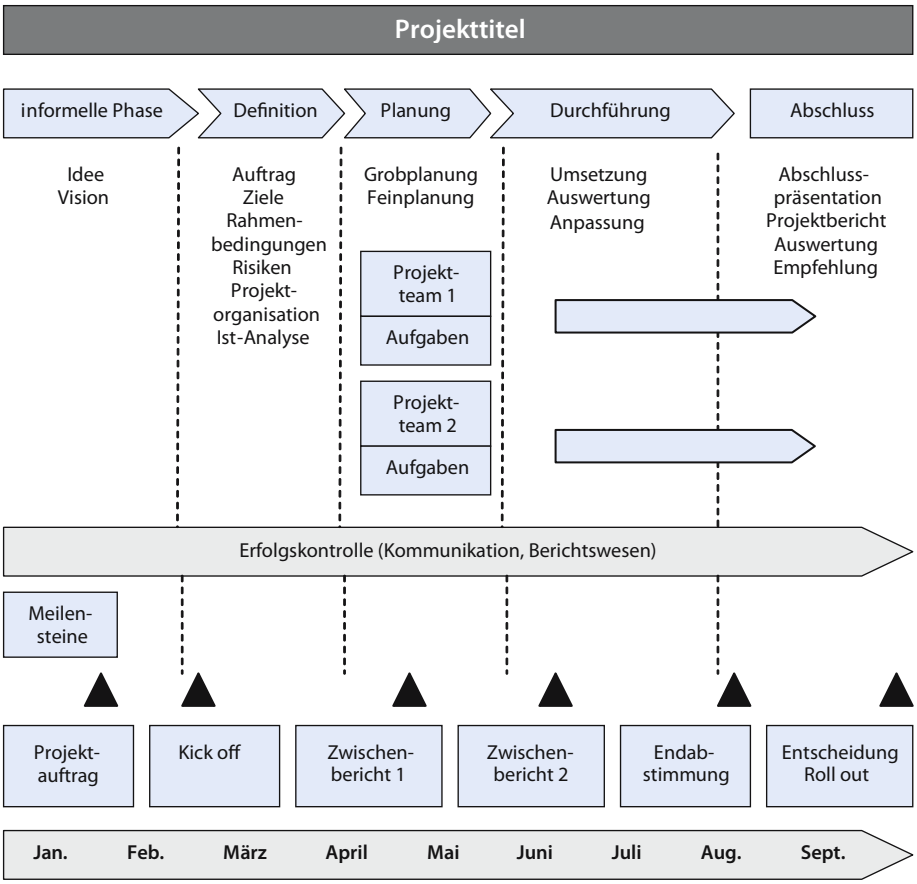


Abb. 5.2. Masterplan mit Projektphasen

zu unterstützen. Zwischenberichte sorgen dafür, dass Projekte logisch und nachvollziehbar abgebildet werden.

Abschlussphase

Die Ergebnisse des Projekts können kommuniziert und präsentiert werden. Eine Abschlusspräsentation wird durch einen Projektbericht komplettiert. Die Reflexion der Projektphasen und die gesammelten positiven und negativen Erfahrungen können in einem **Workshop** zusammengetragen werden. Das Know How und die Empfehlungen sind für Folgeprojekte sinnvoll zu nutzen.

Praxisbox

Struktur des Projektberichts:

1. Projektauftrag
2. Zielsetzung (Prozessoptimierung, Patientenorientierung)
3. Ausgangslage, Problembeschreibung, Ist-Analyse (Aufbauorganisation, Ablauforganisation, Stärken-Schwächen-Profil)
4. Anforderungen an die Soll-Konzeption (**Benchmarking** und **Best Practices**)
5. Vorgehensweise, Planung, Methoden, Umsetzungsschritte
6. Ergebnisse
7. Auswertung und Empfehlungen
8. Anlagen

5.3.4 Projektauftrag

Der Projektauftrag bildet die formale Grundlage für die Durchführung eines Projekts. Zunächst sind zwischen Projektleiter und Auftraggeber die inhaltlichen Ziele möglichst genau zu klären, um die Ergebnisse, die erreicht werden sollen, zu spezifizieren. Schnittstellen zu anderen Arbeitsbereichen und Projekten müssen genauso wie potenzielle Konflikte, Verantwortlichkeiten, Entscheidungsbefugnisse und Rollendefinitionen geklärt werden. Ergebnisse aus Voranalysen werden eingebunden. Realistische Rahmenbedingungen, wie Zeitaufwand in Stunden und Personen, und sonstige Kosten sind ebenfalls Bestandteil eines Projektauftrags. Ein erster grober zeitlicher Rahmen verdeutlicht den Start und das voraussichtliche Ende des Projekts. Eine Checkliste kann die Effizienz der Vorbereitung für die Auftragsgestaltung unterstützen.

Praxisbox

Checkliste für einen Projektauftrag:

- Projekttitel definieren
- Projektziele und Messkriterien beschreiben
- Vorerfahrungen im Unternehmen beachten
- Ausgangssituation beschreiben
- Rahmenbedingungen beschreiben (Zeit und Kosten)
- Projektstart und voraussichtliches Projektende definieren
- Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Rollen definieren
- Projektorganisation und Kooperationen zu Nahtstellen klären
- Termin- und Ablaufplan erstellen
- Chancen und Risiken identifizieren
- Abbruchkriterien für das Projekt festlegen
- Informations- und Berichtswesen planen

5.3.5 Projektstart – Kickoff-Meeting

Eine Auftaktsitzung mit allen Projektbeteiligten stellt einen koordinierten Projektstart nach Auftragsklärung sicher. Neben dem Projektleiter und dem Projektteam unterstreicht vor allem die Anwesenheit des Auftraggebers die Bedeutung des Projekts. Ein sog. Kickoff-Meeting wird in seiner Tragweite für die Weichenstellung eines erfolgreichen Projekts häufig unterschätzt. Ein für alle Beteiligten gemeinsamer Informationsstand minimiert die Sichtweisen der Einzelnen aus dem jeweiligen Blickwinkel im Arbeitsprozess und eröffnet einen ersten Zugang zur übergreifenden Projektarbeit.

Die Projektbeteiligten können sich kennen lernen (teilweise erster Schritt zur Teambildung) und erfahren über die Vorstellung des Projekts mit Zielen, gewünschten Ergebnissen, Aufgabenpaketen, Vorgehensweisen und Zeitplänen, den Gesamtkontext zur strategischen Bedeutung für das Unternehmen. Eine zusammengestellte Gruppe kann noch kein Team bzw. effektiv arbeitsfähiges Team sein. Erwartungshaltungen und Projektregeln (Teambesprechungen, Verbindlichkeiten zu Teilaufgaben und deren Auftragserledigung) sind zu vereinbaren.

Die aktive Einbindung aller Prozessbeteiligten in die vorliegende Konzeption und deren Möglichkeit zur Ergänzung und Abstimmung erhöht die Identifikation mit den Projektzielen.

Die Kombination einer Kickoff-Besprechung mit unmittelbar anschließender Abstimmung der nächsten Schritte im Rahmen einer Feinplanung oder Arbeitsplanung, stellen direkt den erforderlichen Beitrag der Beteiligten zum Gelingen des Projekts in Beziehung. Alle Beteiligten müssen wissen, was wann von wem zu tun ist.

Wie bei allen dynamischen und erfolgsorientierten Veränderungen, die nur auf Basis einer Mitarbeiterorientierung gelingen, muss in den Gesundheitseinrichtungen ein förderliches Umfeld für Projektarbeit vorhanden und eine entsprechende Anerkennung für Projektmanagement möglich sein.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Was verstehen Sie unter einer werteorientierten Personalpolitik? ▶ Kap. 5.1
- Was sollen die Leitsätze in einem Pflegeleitbild auslösen? ▶ Kap. 5.1.1
- Was sind die Grundsätze des Management by Objectives? ▶ Kap. 5.1.2
- Welcher Nutzen lässt sich aus Mitarbeitergesprächen ableiten? ▶ Kap. 5.1.3
- Wie können Führungskräfte negativen Motivationseffekten begegnen? ▶ Kap. 5.2

- Welche Merkmale sind für leistungsstarke Teams charakteristisch? ▶ Kap. 5.2.1
- Was sind die Merkmale einer effektiven Besprechung? ▶ Kap. 5.2.2
- In welche Phasen lässt sich Projektarbeit gliedern? ▶ Kap. 5.3.3

Literatur

Ahrends B (2005) Supervision als Instrument der Personalentwicklung. http://www.dgsv.de/down/Vortrag_Ahrends.pdf. [Stand: 08.09.2005]

Ament-Rambow Ch (2005) Alles wird anders. Wie können Mitarbeiter in Veränderungsprozesse einbezogen werden? In: Krankenhaus Umschau 7: 566

Ament-Rambow Ch (2004) Die Basis der Corporate Identity. In: Krankenhaus Umschau 4: 280

Biehal F (1994) Dienstleistungsmanagement und die schlanke Organisation. In: Biehal F (Hrsg) Lean Service, Dienstleistungsmanagement der Zukunft für Unternehmer und Non-Profit-Organisationen. Haupt, Bern 38

Birkigt K, Stadler M (1986) Corporate Identity: Grundlagen – Funktionen – Fallbeispiele. Moderne Industrie, Landsberg aL

Bröckelmann B (1993) Gutes will verkauft sein. Marketing-Management im Krankenhaus muß auch öffentliche Zustimmung zum Ziel haben. In: Jeschke HA (Hrsg) Krankenhausmanagement zwischen Frustration und Erfolg. Baumann, Kulmbach

Fröhlich W (1990) Personalführung: Führungsstil, Mitarbeiterbeurteilung, Motivation – Sozialleistungen, Vorschlagswesen, Organisation. Wilhelm Heyne, München

George W (2003) Verfahrensanweisung Projektmanagement. In: Fischer H, Ulmer U, Gerhardt E, Räpple T, Schneider E, Greulich A, Thiele G, Degener-Hencke U (Hrsg) Management Handbuch Krankenhaus. Economica, Heidelberg, Kap 2184 S 1–19

Gerlach CH (2003) Personalmanagement: Supervision, Coaching, Teamentwicklung. Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg

Heimann M (2000) Teamprozesse/Teamentwicklung. In: Fischer H, Ulmer U, Gerhardt E, Räpple T, Schneider E, Greulich A, Thiele G, Degener-Hencke U (Hrsg) Management Handbuch Krankenhaus. Economica, Heidelberg, Kap 2633 S 1–14

Jung K (2003) Das Gespräch mit dem Mitarbeiter. In: Fischer H, Ulmer U, Gerhardt E, Räpple T, Schneider E, Greulich A, Thiele G, Degener-Hencke U (Hrsg) Management Handbuch Krankenhaus. Economica, Heidelberg, Kap 1077 S 1–6

Katz J, Green E (2002) Qualitätsmanagement Überprüfung und Bewertung des Pfegedienstes. Urban & Fischer, München

Klages H (1988) Wertedynamik: Über die Wandelbarkeit des Selbstverständlichen. Interform, Zürich

Kramer MS, Schmalenberg C (1989/1990) Magnet-Spitäler: Institutionen mit Spitzenleistungen. In: Pflege/Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 2/89 (Teil I) 122 u. 1/90 (Teil II) 12

Laborde GZ (1997) Mehr sehen, mehr hören, mehr fühlen, Praxiskurs Kommunikation, Erlernen Sie die Techniken professioneller Kommunikatoren. Junfermann, Paderborn

Praß O (1999) Mit Zielvereinbarungen für Weiterentwicklung sorgen. In: Fischer H, Ulmer U, Gerhardt E, Räpple T, Schneider E, Greulich A, Thiele G, Degener-Hencke U (Hrsg) Management Handbuch Krankenhaus. Economica, Heidelberg, Kap 2872 S 1–15

Pümpin C, Kobi J-M, Wüthrich HA (1985) Unternehmenskultur: Basis strategischer Profilierung erfolgreicher Unternehmen. In: Schweizerische Volksbank (Hrsg) Die Orientierung 85: 885. Bern

Röhrßen T, Teuteberg J (1998) Mut zum Anpacken und Mut zum Loslassen. In: Krankenhausumschau 1: 28

Rohlfing U (1991) Materialien zur Supervision und Praxisberatung (Teil I), Entwicklung, Erprobung und prozeßbegleitende Evaluation eines Komponentenmodells zur Supervision von Krankenpflegepersonal im Weiterbildungskurs »Grundlagen psychologischer Gesundheitsförderung« an der Universität Oldenburg. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Beilage Dokumentation Aus- und Fortbildung 2: 4

Scanlan BK (1982) Erfolgreiche Mitarbeitermotivierung. Moderne Industrie, Landsberg aL

Schade H-J (2002) Qualifikationsanforderungen der Betriebe an neue Mitarbeiter/-innen im Berufsfeld Gesundheit/Wellness. http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22wlkfoko2qual-anforderungen-betriebe.pdf [Stand: 04.09.2005]

Schettgen P (1993) Personalbeurteilung zwischen systematischer Kontrolle und widerborstiger Subjektivität. In: von Loewenfeld W (Hrsg) Die Beurteilung: Vom Ritual zum sozialen Management im öffentlichen Dienst. Courier, Stuttgart

Schulz von Thun F (1981) Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Skowronnek O, Molina V (1997) Corporate Identity im Rahmen eines prozessorientierten Krankenhaus-Marketing. In: Fischer H, Ulmer U, Gerhardt E, Räpple T, Schneider E, Greulich A, Thiele G, Degener-Hencke U (Hrsg) Management Handbuch Krankenhaus. Economica, Heidelberg, Kap 665 S 1–25

Sprenger RK (1993) Mythos Motivation: Wege aus einer Sackgasse. Campus, Frankfurt aM

Ulrich H, Probst GJB (1988) Anleitung zum ganzheitlichen Denken und Handeln: ein Brevier für Führungskräfte. Haupt, Bern

von Eiff W (2000) Führung und Motivation in Krankenhäusern: Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation. Kohlhammer, Stuttgart

von Rosenstiel L, Stengel M (1987) Identifikationskrise?: Zum Engagement in betrieblichen Führungspositionen. Hans Huber, Bern

Wittich A (2004) Supervision in der Krankenpflege: formale Evaluation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. http.//psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/274/ [Stand: 04.09.2005]

Wikipedia, die freie Enzyklopädie (http://de.wikipedia.org/wiki/Projekt [Stand:20.11.2005]«.

6 Methoden der Pflegepraxis

Karin Bähr-Heintze, Susanne Stern

6.1 Pflegeformen – 108
6.1.1 Klientenzentrierte Grundhaltung – 108
6.1.2 Bezugspflege oder Beziehungspflege? – 109
6.1.3 Case-Management-Prozesse – 110

6.2 Der Pflegeprozess – 112
6.2.1 Erstgespräch – 112
6.2.2 Pflegeplanung – 113
6.2.3 Pflegedokumentation und ihre Umsetzung – 114

6.3 Patientenaufnahme und Betreuung – 115
6.3.1 Grundlage der psychiatrischen Pflege: wahrnehmen und beobachten – 116
6.3.2 Aufnahmemodus – 116
6.3.3 Pflegeanamnese/Pflegestatus – 116
6.3.4 Sozialanamnese – 117
6.3.5 Aufgaben der Bezugspflege – 117
6.3.6 Dokumentation – 119
6.3.7 Individueller Therapieplan – 119
6.3.8 Berufsspezifische Aufgabenverteilung – 119
6.3.9 Entlassungsmanagement – 121

Literatur – 123

In Kürze

In diesem Kapitel möchten wir die Möglichkeiten der unterschiedlichen Akteure und Handlungsfelder darstellen. Es werden verschiedene Pflegemodelle und deren mögliche Umsetzung vorgestellt.

Die professionelle therapeutische Arbeit mit Menschen in psychischen Krisensituationen (ob innerhalb einer Erkrankung oder einer Lebenskrise) bedingt eine therapeutische Grundhaltung. Dadurch sind die Akteure in der Lage, eine therapeutische Beziehung professionell zu gestalten.

In Zeiten immer kürzer werdender Behandlungszeiträume beginnt die Entlassungsplanung mit der Aufnahme. So soll in diesem Kapitel eine mögliche Struktur für einen pflegerisch-therapeutischen Behandlungsverlauf dargestellt werden.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- Grundlagen der Bezugspflege, Grundhaltungen und Aufgaben
- Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten des Pflegeprozessmodells
- Aufgaben der Pflegeperson bei der Aufnahme und Betreuung von Patienten
- die Notwendigkeit der Entwicklung und Sicherstellung von kontinuierlichen und integrierten Versorgungsangeboten im Gesundheitssystem
- die konzeptionellen und methodischen Grundlagen des Case Managements im Überblick
- die Definition des Entlassungsmanagements
- die Definition von Überleitungspflege und Pflegeüberleitung und deren mögliche Organisationsformen
- Maßnahmen zur Verhinderung von Versorgungsbrüchen bei der Patientenüberleitung

6.1 Pflegeformen

Bei Pflegeformen oder Systemen unterscheidet man grundsätzlich zwischen denen, die eine Zuordnung zu Menschen/Klienten bevorzugen und denen, die vor allem organisatorischen Aspekten das Hauptaugenmerk geben und so Funktionen zuordnen. Dies sind z. B. Bereichs-, Gruppen- und Zimmerpflege. Hierbei wird einer oder mehreren Pflegepersonen ein bestimmter Bereich oder eine Funktion (z. B. Blutdruckmessen bei allen Patienten) zugeteilt.

In Bereichen, in denen mit Menschen gearbeitet wird, kann unseres Erachtens nur als Pflegeform eine Zuordnung zu Menschen erfolgen. Dies basiert auf einer dem Menschen zugewandten Grundhaltung, z. B. im Rahmen von Bezugspflege (▶ Kap. 6.1.2). Denn alles, was im therapeutischen Team passiert, geschieht für und mit dem Klienten/Patienten. Die Grundhaltung innerhalb eines solchen Systems kann allerdings unterschiedlich sein, je nachdem, welchen psychotherapeutischen Ansatz die Klinik bevorzugt.

6.1.1 Klientenzentrierte Grundhaltung

Die klientenzentrierte Grundhaltung erklärt sich aus dem gesprächspsychotherapeutischen Ansatz von Carl Rogers (1980). Der Klient steht hier mit all seinen Möglichkeiten und Problemen im Mittelpunkt. Nach dem Grundsatz »so viel Hilfe wie nötig und so wenig Hilfe wie möglich« wird der Klient in seinen Ressourcen gestärkt. Durch die bewusst erlebten Erfolgserlebnisse wird er »positiv verstärkt« und in die Lage versetzt, die Selbstpflege durchzuführen.

In Gesprächen mit dem Klienten sollten die folgenden Grundhaltungen beachtet werden.

Empathie

Nach Rogers bedeutet Empathie die Fähigkeit, Gefühle und Erlebnisse des Klienten und deren Bedeutung für den Klienten genau und sensibel zu erfassen. Die Pflegeperson ist in der Welt des Klienten so zuhause, als ob es ihre eigene Welt wäre. Sie spricht nicht nur die Gefühle aus, die der Klient direkt äußert, sondern benennt auch jene, die vom Klienten nur am Rande wahrgenommen werden. Wer empathisch seinem Gegenüber begegnen möchte, sollte dies niemals ohne den Auftrag dazu tun. Nicht jeder Klient möchte automatisch Empathie haben. In Alltagsgesprächen sollte eine dem Menschen zugewandte Grundhaltung zum Tragen kommen. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass ich in die Gefühlswelt meines Gegenübers einsteige.

Kongruenz

Der Begriff kommt aus dem Lateinischen; »congruere« bedeutet »zusammentreffen, übereinstimmen«. Hier sollen also bestimmte Dinge, Tätigkeiten oder Äußerungen übereinstimmen. Die Pflegeperson wird in ihren Äußerungen nur akzeptiert, wenn diese als »echt« bewertet wird. Wenn die Pflegeperson eine Meinung vertritt, die unecht oder nicht glaubwürdig wirkt, wird diese vielleicht hilfreich gemeinte Äußerung nicht auf »fruchtbaren Boden« fallen.

Die Kongruenz beinhaltet nach Finke (1994) die folgenden verschiedenen Interventionskategorien.

Konfrontation

Konfrontation meint das Aufgreifen von Widersprüchen beim Patienten, z. B. keine Übereinstimmung zwischen Selbstbild und Fremdbild, Klient wirkt fröhlich und gelassen beim Erzählen einer traurigen Geschichte.

Beziehungsklären

Pflegeperson und Klient befinden sich in einer professionellen Beziehung. Dies sollte beiden bewusst sein, um eine Vermischung von Professionalität und Privatheit zu verhindern. Die Beziehung sollte zwischen den Akteuren thematisiert werden, um mögliche Wünsche vom Klienten zu klären. Dabei sollte die Beziehungsklärung im Gespräch nicht stets im Vordergrund stehen. Doch auch hier gilt der alte Grundsatz: Störungen haben Vorrang. Ist die Beziehung nicht geklärt, kann auch kein hilfreiches Gespräch für beide Seiten zustande kommen. Missverständnisse sind dann häufig im Vorfeld nicht abzuwenden.

Selbsteinbringung

Hier ist die Echtheit oder Selbstkongruenz der Pflegeperson gemeint. Hilfreich sind hier die Selbstwahrnehmung der Pflegepersonen und die Wahrnehmung der Gefühle zum Klienten. Positive und negative Gefühle sollten reflektiert und vor der Mitteilung an den Klienten bewertet und begründet sein. Die Selbsteinbringung dient dem Klienten zur Auseinandersetzung mit sich selbst. Sie darf für die Pflegeperson keinesfalls zum Selbstzweck werden.

Bedingungsfreies Akzeptieren

Diese Grundhaltung beinhaltet das Unterlassen von Moralisieren, Kritisieren, Abweisen und Zurechtweisen. Es ist eine verstehende und offene Grundhaltung dem Klienten gegenüber, die von einer hohen Wertschätzung geprägt ist. Dem Klienten wird nicht unterstellt, dass er eigentlich jemand ganz anderes ist. Ihm wird eine sachliche Offenheit zuteil. Die Pflegeperson ist interessiert an der Sache des Patienten. Der Klient wird so angenommen, wie er ist. Besondere Merkmale dieser Grundhaltung sind Gelassenheit, Geduld und Offenheit.

6.1.2 Bezugspflege oder Beziehungspflege?

In der Psychiatrielandschaft in Deutschland finden sich die unterschiedlichsten Pflegesysteme wieder. Gerade in der psychiatrischen Arbeit ist die Herstellung von Kontakten mit den Patienten oberstes Gebot. Hierbei können sich die Beziehungspflege (Bauer, 2004) und die Bezugspflege (Schlettig u. von der Heide, 1993) hervorragend ergänzen. Bezugspflege wird als eine Chance zur Professionalisierung der Berufsgruppe der Pflegepersonen bewertet. Diese Systeme sollen hier vorgestellt werden.

Bezugspflege

Bezugspflege hat in ihrer Bedeutung die zwei folgenden Aspekte (Schlettig u. von der Heide, 1999).

Beziehung

In diesem Zusammenhang geht es um eine Beziehung, die die Pflegeperson aufgrund ihres professionellen Auftrags mit dem Patienten aufnimmt. Hierfür hat sie Wissen, Kompetenz und Fähigkeiten erworben, um bewusst diesen pflegerischen Beziehungsprozess zu gestalten. Eine effektive und fachgerechte Versorgung und Pflege sowie die bewusste zwischenmenschliche Begegnung entfalten gemeinsam ihre Wirkung im therapeutischen Prozess. Für den Patienten bedeutet dies, dass er die Möglichkeit hat, Vertrauen zu fassen, dass körperliche wie seelische Bedürfnisse befriedigt werden und dass er sich durch die Kontinuität der Betreuung sicher und aufgehoben fühlt.

Verantwortungsübernahme

In diesem Wort steckt das Wort Antwort, was auch so gedeutet werden kann, dass Pflegende auch eine Antwort geben können müssen, sowohl sich selbst als auch Patienten, Angehörigen oder im interdisziplinären Team. Um verantwortlich handeln zu können, bedarf es der Fachkompetenz und der Fähigkeit, Situationen zu überdenken und ebenso Abläufe vorausdenken zu können. Hierbei geht es sowohl um die Selbstreflexion als auch um die Reflexion mit anderen. Die Verantwortungsübernahme sollte freiwillig geschehen, denn sonst unterscheidet sie sich nicht von der Pflichterfüllung, die äußeren Zwängen unterliegt. Die professionelle Verantwortungsübernahme soll bei dem Patienten Vertrauen schaffen und sowohl der Pflegeperson als auch dem Patienten die Möglichkeit bieten, in einer professionellen Beziehung die Gesundung des Patienten bestmöglich und erfolgreich auszugestalten.

Kongruente Beziehungspflege

Rüdiger Bauer hat sich in dem Buch »Beziehungspflege« (2004) intensiv mit der Thematik der Beziehungsarbeit zwischen Patienten und Pflegepersonen auseinandergesetzt. Er beschreibt die kongruente Beziehungspflege als einen dynamischen interaktionellen Prozess, der in verschiedenen Phasen verläuft. Das Ziel dieses Prozesses ist immer die Kongruenz, d. h. die Übereinstimmung.

Die Essenz einer kongruenten Pflegebeziehung sollte die persönliche und übereinstimmende Haltung einer Pflegeperson im Kontakt mit dem Patienten sein, um diesen zu einer ausgeprägten eigenen Kongruenz zu führen. Dies ermöglicht, dass die Pflegeperson und der Patient Wissen über den anderen und sich selbst, sowie Wissen und Verständnis für die gemeinsame, gegenseitige Beziehung und deren immanente Anhängigkeiten erlangen. Erst dadurch entsteht eine optimale Problemlösung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eigentlich beides, die Beziehung sowie der Bezug, wichtig ist. Das eine geht ohne das andere nicht. Mit einer geübten Gesprächstechnik und der Hinwendung zu den Menschen – ohne sich selbst aufzugeben – kann psychiatrische Pflege professionell gestaltet werden. Pflegepersonen dürfen und sollen in diesem Prozess als »Co«-Therapeuten verstanden werden (Aufgabenverteilung im Bezugspflegesystem ▶ Kap. 6.3.5).

6.1.3 Case-Management-Prozesse

Begriffserklärung

Case Management oder Unterstützungsmanagement, zunächst als Erweiterung der Einzelfallhilfe in den USA entwickelt, ist zu einer methodischen Neuorientierung im deutschen Gesundheitswesen geworden. Es ist mittlerweile, nicht zuletzt aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen, zu einem verbreiteten Managementansatz geworden. Bedingt durch eine zunehmend komplexe, arbeitsteilige und fragmentierte Versorgung sind die Erfordernisse an eine entsprechende Steuerung der Versorgungsprozesse stetig angewachsen.

Innerhalb des Versorgungsprozesses stellen sich folgende Aspekte als problematisch dar:

- das Angebot der Versorgungsleistungen wird zunehmend arbeitsteilig und spezialisiert,
- der Arbeitsstil ist auf Sektoren begrenzt,
- die Versorgungskontinuität und -integration ist nicht gesichert,
- der Verbrauch von Ressourcen ist unkoordiniert,
- die Evaluation von Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz ist kaum vorhanden.

Case Management ist als Strategie zu verstehen, die durch eine ganzheitliche Sichtweise auf den Patienten beabsichtigt, die Kooperation der beteiligten Berufsgruppen im Sinne des Versorgungsprozesses zusammenzuführen. Durch diese Strategie sollen Fachkräfte im Gesundheitswesen befähig werden, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System der Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am Unterstützungsbedarf der einzelnen Patienten ausgerichtet ist (Ewers, 2000, S.12). Für das Erreichen dieser Ziele ist ein methodisches Vorgehen, wie es der Case Management Regelkreis darstellt, erforderlich.

Beteiligt am Regelkreis sind alle Berufsgruppen des therapeutischen Teams, wie z. B. Pflegefachkräfte,

Sozialarbeiter und Mediziner. Nach Wendt ist Case Management ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf einer Person mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Weise nachzukommen. Demnach ist das Originäre am Case Management die anwaltschaftliche Funktion für den einzelnen Patienten durch Überwindung von Organisation- oder Professionsgrenzen.

Case Management wird verstanden als Steuerung und Strukturierung von Versorgungsprozessen sowohl auf einer personalen als auch auf einer organisatorischen Handlungsebene: dem Fallmanagement und dem Systemmanagement (Wendt, 2001). Grundvoraussetzung für die Einführung ist nach Wendt eine Systemänderung. Hiernach reicht es nicht aus, die Methode auf einer einzelnen Ebene oder durch eine einzelne Person durchführen zu lassen.

Eine verbindliche Orientierung über die Versorgungsprozesse und deren Abläufe bieten Behandlungspfade. Hier wird die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigen Interventionen festgelegt, die interdisziplinär bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose durchgeführt werden. Sie stellen ein ideales Instrument dar, die Koordination aller, die mit der Behandlung dieses Patienten betraut sind, zu gestalten. Behandlungspfade machen Prozesse transparent und erleichtern die Ergebnisdokumentation. Sie werden auch als interdisziplinäre Behandlungspfade, Versorgungspläne bzw. interdisziplinäre Versorgungspläne bezeichnet. Ihr Vorhandensein stellt eine wichtige strukturelle Voraussetzung zur Einführung eines Case Management dar.

Exkurs: Entwicklung des Case Managements

Die Methode des Case Managements wurde bereits in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA entwickelt. Zunächst war es im außerklinischen Bereich ein Feld der Sozialarbeit. Mittlerweile hat es sich auch in anderen Professionen etabliert und wird in den letzten Jahren auch zunehmend in Deutschland mit wachsendem Interesse beachtet. Allerdings ist die Situation insgesamt noch sehr unübersichtlich, da es keine Untersuchungen über die Verbreitung von Case Management im deutschsprachigen Raum gibt.

Ziel des Case Managements

Das Ziel ist die bedarfsorientierte, bedürfnisorientierte, wirksame, koordinierte und effiziente Nutzung der Ressourcen für den Patienten. In die Pflege und Betreuung sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich eine Vielzahl von Professionen und Organisationen involviert. Somit ergibt sich eine Fülle von interorganisatorischen und interprofessionellen Schnittstellen und damit Problemen. Ziel des Case Managements ist deshalb ein Schnittstellenmanagement zur optimierten Koordination aller Leistungserbringer, um dadurch die Behandlungskontinuität zu sichern.

Formen des Case Managements

Die jeweilige Umsetzung des Case Managements und damit auch die Aufgaben der Case Manager können sehr unterschiedlich sein. Wenn auch der generelle Ablauf des Verfahrens in nahezu allen Bereichen gleich ist, zeigen sich beträchtliche Unterschiede in den verschiedenen Anwendungsfeldern. Die Ausgestaltung ist nicht unwesentlich abhängig von:

- der organisatorischen Zuordnung der Case Manager,
- dem Auftrag- bzw. Arbeitgeber der Case Manager,
- der Zielsetzung des Case Managements,
- der Berufsgruppenzugehörigkeit der Case Manager,
- der Qualifikation und Kompetenzen des Case Managers.

Schritte des Case-Management-Prozesses

Der Case-Management-Prozess setzt sich aus folgenden Arbeitsschritten zusammen, die der individuellen Informationssammlung und der daraus hervorgehenden Planung dienen:

- Assessment,
- Planung,
- Implementation,
- Evaluation,
- Interaktion.

Mit der Einschätzung des Patienten, dem Assessment, beginnt der Case-Management-Prozess. Hier

werden systematisch und strukturiert Daten des Patienten erfasst. Dieser Schritt dient der Kontaktaufnahme, der Einschätzung der Situation und ist gleichwohl als vertrauensbildende Maßnahme zu sehen. Aufgrund der individuellen Datensammlung wird ein Versorgungsplan erstellt. Anschließend werden in Absprache mit dem Patienten die Versorgungsziele abgestimmt und die nötigen Strategien zur Zielerreichung festgelegt. Die Implementation sorgt für die Umsetzung des definierten Versorgungsplans, wobei der Case Manager eine koordinierende Funktion übernimmt. Es folgt eine systematische Betreuung des Patienten bzw. eine Steuerung der Leistungserbringung und eine fortlaufende Kontrolle der jeweiligen Versorgungsschritte. In dieser Phase fungiert der Case Manager als kontinuierlicher Ansprechpartner für alle Leistungserbringer und den Patienten. Darüber hinaus muss er die Dokumentation der Leistungserbringung und der Ergebnisse überwachen. Auf der Grundlage der gesammelten Daten wird in der Phase der Evaluation eine Bewertung vorgenommen. Diese Ergebnisse werden durch den Case Manager mit den beteiligten Anbietern kommuniziert und bilden den klassischen Abschluss des Case-Management-Prozesses.

6.2 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess beschreibt das dynamische Geschehen, an dem Pflegende und Patient gemeinsam beteiligt sind. Nach vorab definierten Bedingungen wird professionelle Pflege geplant und durchgeführt. Hierbei wird der prozesshafte Verlauf pflegerischen Handelns für alle Beteiligten sichtbar, nachvollziehbar und überprüfbar. Heute wird professionelle Pflege als interaktive Dienstleistung verstanden, die für den Patienten im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung individuell angeboten wird und mit dem Patienten gemeinsam zu gestalten ist. Die Dokumentationsstruktur nach dem Pflegeprozessmodell dient vor allem der nachvollziehbaren, strukturierenden und allgemeingültigen Dokumentation des Verlaufes innerhalb des Pflegeprozesses.

Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 4 des Krankenpflegegesetzes vom 04.06.1985. Als Ausbildungsschwerpunkt wird hier u. a. die sach- und fachkundige, umfassende geplante Pflege des Patienten beschrieben. Auch im neuen Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 01.04.2004 Abschnitt 2 – Ausbildung – in § 3 wird von der Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege bis hin zur Evaluation der Pflege, Sicherstellung und Entwicklung von Qualität in der Pflege eine eigenverantwortliche Übernahme durch Pflegepersonen festgelegt.

Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, welche fach- und sachkundigen Voraussetzungen die einzelne Pflegeperson mitbringt. Die sachkundige Pflege stellt den Praxisbezug her. Die fachkundige Pflege stellt den Theoriebezug her. Pflege sollte umfassend sein, d. h. sie ist in jeder Situation anwendbar. Geplante Pflege ist vor der Durchführung durchdacht, sie muss begründbar und überprüfbar sein.

6.2.1 Erstgespräch

In der Psychiatrie stellt der Erstkontakt mit dem Patienten in der Regel eine kommunikative Herausforderung für die Pflegepersonen dar. Aufgrund der Krisensituation, in der sich der Patient befindet, steht bei der Pflegeperson die Wahrnehmung und Beobachtung des Patienten im Vordergrund. Diese wird subjektiv verschriftlicht.

Im Erstkontakt mit dem Patienten werden neben dem Austausch von Informationen über den Grund der Aufnahme in der Institution auch vertrauensbildende Maßnahmen durchgeführt. Die Pflegeperson stellt sich namentlich vor. Dem Patienten wird das Zimmer und die umliegenden Räumlichkeiten gezeigt, möglicherweise erhält er schon einige Informationen über den Alltag auf der Station und über den nachfolgenden Ablauf im Rahmen der Aufnahmeprozeduren. So ist ein neu aufgenommener Patient in der Lage, sich etwas einzugliedern und sich in der neuen Situation zurechtzufinden.

Praxisbox

Überdenken Sie einmal, welche Informationen für Sie in einer Aufnahmesituation wichtig sind, wenn Sie mit einem neu aufgenommenen Patienten in Kontakt treten.

▼

Welche Fragen würden Sie stellen?
Welche Informationen geben Sie an den Patienten in dieser Situation?
Was beobachten Sie?
Wie verhalten Sie sich?

6.2.2 Pflegeplanung

Die Pflegeplanung untergliedert sich in verschiedene Schritte:

Kontaktaufnahme

Im Gespräch mit dem Patienten erfährt die Pflegeperson von seinen Problemen, aber auch von seinen Fähigkeiten und Ressourcen. Sie erfährt etwas über seine spezielle Erkrankung und über seinen Umgang damit. Vielleicht ist er auch schon im Erstkontakt in der Lage, etwas zu seinen Erwartungen zu äußern, und darüber, wie er sich die Behandlung in dem speziellen Setting vorstellt. Manche Patienten haben schon Vorerfahrungen in Kliniken und können recht genau sagen, wie sie sich die Behandlung und Betreuung vorstellen.

In der Kontaktaufnahme vermittelt die Pflegeperson dem Patienten Sicherheit, Professionalität und Vertrauen.

Pflegepersonen stellen sich mit Namen und Funktion vor. Ebenso sollte immer eine Grußformel in der Anrede enthalten sein (»Guten Tag, Herr Berger!«).

Erste Einschätzung/Assessments

Die erste Einschätzung erfolgt so bald wie möglich nach der Aufnahme des Patienten. In der Literatur finden sich hier Zeitangaben zwischen dem 1. und 4. Tag. Die Ersteinschätzung bildet die Grundlage für die Pflegeplanung mit dem Patienten. Die Pflegeplanung sollte, wenn möglich, immer gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden und durch regelmäßige Pflegegespräche in aktuellen Einschätzungen überprüft werden.

Gemeinsam werden Ziele und Maßnahmen festgelegt. Ebenso wird der Patient über die folgenden Pflegegespräche informiert.

Folgeeinschätzungen: In den Folgeeinschätzungen wird gemeinsam mit dem Patienten die Umsetzung der pflegerischen Maßnahmen bewertet. Dies dient gleichsam als Zielüberprüfung. Dabei ist es wichtig, dass Erfolge für den Patienten sichtbar gemacht werden. Wenn z. B. ein schwer depressiver Patient es nach einiger Zeit wieder schafft, morgens aufzustehen und sich zu pflegen, obwohl lediglich eine Verbesserung des Antriebes aber nicht der Stimmung für ihn als Veränderung zu spüren ist, dann wird er möglicherweise dies nicht als Erfolg werten, sondern als Erfüllung einer »Pflicht«. Die Folgeeinschätzungen sollten 1-mal pro Woche erfolgen. Bei akuten Veränderungen beim Patienten sollte selbstverständlich die Einschätzung aktualisiert werden.

Ziele definieren

In der Zieldefinition findet sich immer eine *positive Formulierung* (z. B. »… ist in der Lage, dass« »… selbstständig durchzuführen«). Ziele sind *konkret* formuliert Sie beinhalten immer einen *zeitlichen Rahmen*, in dem das Ziel erreicht sein wird. Das Ziel sollte so formuliert sein, dass es *überprüfbar* ist. Ebenso ist der Realitätsbezug für ein Ziel wichtig, es sollte *real erreichbar* sein im Rahmen des Behandlungszeitraumes. Hierbei können Nah- und Fernziele unterschieden werden.

Maßnahmen planen

In der Maßnahmenplanung wird konkret dokumentiert, welche Maßnahmen an/mit dem Patienten in welcher Weise durchzuführen sind. In der Dokumentation der Maßnahmenplanung sollten sich die *6 W* wiederfinden.

Praxisbox

Wer? (Pflegeperson)
Mit wem? (Patient)
Wie lange/wie oft? (z. B.: täglich 1-mal, 30 min, am Vormittag, für 1 Woche)
Was? (z. B.: Inhalation, Hilfe beim Duschbad, Spaziergang)
Wann? (z. B.: um 14 Uhr, am Nachmittag)
Wo? (z. B.: im Bad, auf der Station)

In der Maßnahmenplanung sollte sich auch der Unterstützungsgrad der Pflegenden wiederfinden. Hierbei stimmen sich die Pflegeperson und der Pa-

tient gemeinsam ab, wo und in welcher Form Unterstützung von Nöten ist, ebenso, welche Maßnahmen der Patient alleine durchführt. Die Ressourcenorientierung wird an dieser Vorgehensweise deutlich. In der Pflegetheorie von Orem (1991) z. B. wird die Pflegeperson dazu aufgefordert, den Grad der Unterstützung festzulegen: als vollkompensatorisch (für den Patienten handeln), teilkompensatorisch (den Patienten beim Handeln unterstützen, teilweise für den Patienten handeln) oder therapeutisch-unterstützend (den Patienten erinnern, begleiten).

Maßnahmen durchführen

Die Durchführung der Maßnahmen obliegt den einzelnen Pflegepersonen. Es ist wichtig, dass Pflegende alle Tätigkeiten im Rahmen der Pflege selbst durchführen, um z. B. den körperlichen und psychischen Zustand des Patienten und dessen Grad der Hilfebedürftigkeit auch tatsächlich beurteilen zu können. Die Maßnahmendurchführung sollte sich immer an den aktuellen Selbstpflegefähigkeiten des Patienten orientieren. In der Dokumentation der Durchführung wird gleichzeitig systematisch und kontinuierlich der Erfolg bzw. die Wirkung der geplanten Maßnahme erfasst.

Ergebnis überprüfen

Die Überprüfung der Ergebnisse erfolgt in Pflegegesprächen mit dem Patienten. Hierbei werden die vorher definierten Ziele auf ihr Erreichen hin überprüft. Im Gespräch mit dem Patienten sollte der partizipative Charakter der Pflege, d. h. das teilhabende Miteinander deutlich werden. Hierbei ist nicht nur der Informationsgehalt für beide Seiten wichtig, sondern auch immer eine Übereinstimmung sowohl bei der Zieldefinition als auch bei der Ergebnisüberprüfung. Ergebnisse, die ein Patient nicht als Erfolge verbucht, werden diesem auch nicht auf dem Weg zur Gesundheit helfen und ihn fördern. Selbstverständlich gibt es auch Ziele, die objektiv zu beurteilen sind. Dazu gehören Aktivitäten, wie essen und trinken, sich waschen, sich kleiden, sich bewegen, ausscheiden etc.

6.2.3 Pflegedokumentation und ihre Umsetzung

Die Dokumentation der Pflege ergibt sich aus der gesetzlichen Grundlage, die im Krankenpflegegesetz, Sozialversicherungsgesetzen und dem Pflegeversicherungsrecht verankert sind. Die Dokumentation ist Teil des Pflegeprozesses. Sie dient in chronologischer Folge dem Beurteilen und Sichern von Pflegequalität. Die Dokumentation von genauen Beobachtungen, den durchgeführten Maßnahmen und deren Wirkung dient nicht zuletzt der Sicherung der Finanzierung von Pflege.

Bei der Pflegedokumentation handelt es sich, wie der Name schon sagt, um ein Dokument. Dies bedeutet auch, dass alles, was nicht dokumentiert ist, vor Gericht bei Regressfällen von Patienten als »nicht durchgeführt« gilt. Im Falle eines Rechtsstreits muss eine Klinik nachweisen, dass sie alles getan hat, um einen Schaden abzuwenden. Hier sei nur an die Dokumentation der Durchführung von Prophylaxen erinnert oder an die Dokumentation bei Patienten, die körperlich fixiert sind.

Neben dem rechtlichen Aspekt ist auch der informelle Aspekt von einiger Bedeutung. Die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen und die Beschreibung der Wirkung dienen auch dem nachfolgenden Dienst als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage für Folgeprozesse.

Um die Individualität eines Berichts herauszustellen, ist es sinnvoll, den zu beschreibenden Patienten auch mit seinem Namen zu benennen. Der Bericht sollte stichpunktartig sein mit hohem Informationsgehalt, aber dennoch allgemeinverständlich. Das bedeutet z. B., dass keine ungewöhnlichen Abkürzungen verwendet werden sollten, es sollten keine »blumigen« Umschreibungen enthalten sein, direkte Zitate von Patienten können in aller Kürze dennoch wiedergegeben werden. Der Pflegebericht sollte sich immer auf den vorherigen Focus beziehen, damit auch ein Verlauf erkennbar ist.

Die Umsetzung der geplanten Pflege findet in allen Diensten statt. Hierbei kann nach unterschiedlichen Pflegesystemen und Pflegemodellen gearbeitet werden (▶ Kap. 6.1).

6.3 Patientenaufnahme und Betreuung

Bei der Aufnahme und Betreuung von psychisch kranken Menschen obliegen dem Pflegepersonal besondere Aufgaben. Je nachdem, ob eine Aufnahme freiwillig oder unfreiwillig (z. B. im Rahmen einer Unterbringung nach dem Gesetz für psychisch Kranke, PsychKG oder nach dem Betreuungsrecht) erfolgt, können sich die Aufnahmensituationen sehr unterschiedlich in ihrer Brisanz darstellen. Grundsätzlich ist es wichtig, in Aufnahmesituationen einen Raum ohne (oder mit möglichst wenig) Aggression und Angst bzw. Unruhe herzustellen. Die Aufnahme sollte in einem separaten Raum stattfinden. Die Anzahl der anwesenden Personen des therapeutischen Teams sollte der Situation angemessen sein.

In der Betreuung von psychisch kranken Menschen im stationären wie ambulant-komplementären Bereich ist die Grundlage der Pflegepersonen das Wahrnehmen und Beobachten der Anderen (Patienten). Diese Wahrnehmung sollte auf der Grundlage einer professionellen Sichtweise geschehen. Professionalität setzt neben fachlichem Wissen auch ein hohes Maß an Selbstreflexion voraus.

6.3.1 Grundlagen der psychiatrischen Pflege: wahrnehmen und beobachten

Selbstwahrnehmung

In der psychiatrischen Krankenpflege begegnen uns Menschen, die in der Beziehung zu sich selbst und in der Wahrnehmung der Umwelt beeinträchtigt sind. Ebenso häufig sind sie nicht in der Lage, mit ihren Gefühlen konstruktiv umzugehen und sich im zwischenmenschlichen Kontext klar zu orientieren und zu äußern. Manche leiden unter ihrer ausgeprägten Sensibilität und dem Unvermögen, sich anderen Menschen gegenüber emotional abzugrenzen. Um im Kontakt hilfreich für den Patienten zu sein, dem Patienten die Orientierung zu erleichtern und eine Arbeitsbeziehung zu gestalten, muss sich die Pflegeperson über ihr eigenes Verhalten bewusst sein.

Durch die bewusste Wahrnehmung der eigenen Verhaltensweisen ist der Mensch in der Lage, sich seiner Wirkung auf andere Menschen bewusst zu werden und sein Verhalten zu steuern. Die Wahrnehmung der eigenen Verhaltensweisen und deren Wirkungen bedingt die Rücksprache mit anderen über sich selbst (z. B. in Supervision). So sind Menschen in der Lage, sich ihrer selbst bewusst zu werden.

Neben der Selbstwahrnehmung ist die bewusste Kommunikation ein wichtiger Baustein in der therapeutischen Arbeit. Schulz von Thun (1981) unterscheidet in der Kommunikation die Akteure in Sender und Empfänger einer Botschaft.

Eine Botschaft hat 4 Seiten/Aspekte:

1. Sachinhalt (worüber informiere ich?),
2. Selbstoffenbarung (was gebe ich von mir preis?),
3. Beziehung (was halte ich von meinem Gegenüber, wie stehen wir zueinander?),
4. Appell (zu was möchte ich mein Gegenüber motivieren, es zu tun?)

Diese Aspekte werden vom Empfänger einer Botschaft unterschiedlich gewichtet und wahrgenommen. Dabei werden diese Aspekte in »Ohren« umgewandelt:

1. Sachohr (Wahrnehmen der Fakten in der Botschaft),
2. Beziehungsohr (Wahrnehmen der Botschaft als Stellungnahme zur Person des Empfängers),
3. Selbstoffenbarungsohr (Wahrnehmen der Botschaft als Information über den Sender),
4. Appellohr (Wahrnehmen der Botschaft als Handlungsanweisung).

In der Rolle des professionellen Helfers ist man in der Pflicht, Nachrichten/Botschaften bewusst zu »senden« und Nachrichten/Botschaften bewusst wahrzunehmen/zu empfangen. Im Kontakt mit Patienten ist eine professionelle Sprache auch deshalb vonnöten, um eine Arbeitsbeziehung/therapeutische Beziehung bewusst zu gestalten. Der professionelle Helfer muss sich seiner Aussagen bewusst sein und in der Lage sein, empfangene Botschaften vom Patienten zu analysieren. Hierbei ist es wichtig, die eigene Gefühlswelt zu reflektieren. (Wie fühlt sich die Nachricht für mich an? Meint der Patient mich persönlich? Welche Rolle nehme ich für den Patienten ein?)

Beobachtung

Neben der Beobachtung der Parameter, die sich auf die körperlichen Gesundheitszustände beziehen, wie Beobachtung von Vitalparametern, Ausscheidungsprozessen, Nahrungsaufnahme, Hautzustand, Körperpflege, Schlaf, Bewusstseinzustand etc., sind in der psychiatrischen Pflege weitere Parameter zu beachten:

- Stimmungslage und Wechsel der Stimmungslage,
- Lebensüberdrussgedanken, präsuizidales Syndrom,
- Aufmerksamkeit des Patienten (wie aufmerksam ist der Patient im Gespräch, oder wirkt er abgelenkt, weil er vielleicht halluziniert?),
- Konzentrationsfähigkeit,
- Abgrenzungsfähigkeit zu anderen Menschen,
- Suchtverhalten (Umgang mit stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Suchtmitteln),
- Krankheitseinsicht und Compliance (Verständnis über die Therapiebereitschaft),
- Aktivität und Ruhephasen,
- Gestaltung des Tagesablaufs,
- Umgang mit Stresssituationen,
- Aggressivität gegen sich selbst und andere,
- Verhalten gegenüber dem therapeutischen Team und gegenüber der Patientengruppe.

Diese Beobachtungen werden im Pflegebericht schriftlich dokumentiert. Subjektive Eindrücke der Pflegeperson werden als solche gekennzeichnet (»… wirkt auf mich …«), sie sollten keinesfalls als Tatsachen oder Bewertungen beschrieben werden.

6.3.2 Aufnahmemodus

Die Planung der Entlassung beginnt mit der Aufnahme! Daher ist es wichtig, bereits in der Aufnahmesituation wichtige Kenntnisse über die Situation des Patienten zu erwerben und diese während der Betreuungsphase ständig zu aktualisieren. Hierzu dient die Erhebung von Pflegeanamnese bzw. -status (▶ Kap. 6.3.3). Psychiatrische Kliniken verfügen häufig über unterschiedliche Aufnahmemöglichkeiten.

Aufnahme im stationären Bereich

Menschen werden in Kliniken in Notsituationen aufgenommen. Des Weiteren werden Menschen von ambulanten Ärzten und Fachärzten an Kliniken überwiesen. Ebenso können Menschen sich in der Rettungsstelle/Erste Hilfe/Aufnahmezentrum melden und werden dort von Fachärzten betreut und auf die Stationen aufgenommen. Im Rahmen von Zwangseinweisungen durch den sozialpsychiatrischen Dienst wird der Aufnahmemodus oft verkürzt und der Patient wird direkt auf die geschützte Abteilung gebracht. Es besteht außerdem die Möglichkeit, dass Menschen mit anderen Erkrankungen, die bereits im stationären Rahmen betreut werden auf eine psychiatrische Abteilung verlegt werden, wenn eine psychische Erkrankung hinzugetreten ist. In manchen Kliniken ist es für Menschen mit schweren körperlichen und psychischen Erkrankungen üblich, eine medizinisch-psychiatrische Einheit vorzuhalten.

Aufnahme im ambulanten/komplementären Bereich

Der ambulant-komplementäre Bereich ist oft der Bereich der Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt oder/und die Vorbereitungsphase zur Reintergration in das Berufs- und Alltagsleben. Menschen haben hier die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten zu stärken und wieder Selbstvertrauen in ihre Fähigkeiten zu erlangen. Sie erhalten hier die Möglichkeit, im soziotherapeutischen Rahmen ihre sozialen und kommunikativen Fähigkeiten zu üben. In diesem Bereich vereint sich ein therapeutischer Alltag mit der Integration in einen außerklinischen Alltag.

Oft werden Menschen nach einer Behandlungszeit im vollstationären Rahmen in der Tagesklinik weiterbetreut. An den tagesklinischen Bereich sind gelegentlich Vereine oder Zuverdienstprojekte angegliedert, um den Patienten bei der Wiedereingliederung in die Arbeitswelt zu unterstützen und eine Erprobung von Belastungssituationen im geschützten Rahmen zu ermöglichen.

6.3.3 Pflegeanamnese/Pflegestatus

Definition

»Anamnese« (griech.) bedeutet »Erinnerung«, »status« (lat.) heißt übersetzt »Zustand«.

Die Pflegeanamnese bzw. der Pflegestatus zeigt inhaltlich alle Informationen auf, die den aktuellen psychischen und körperlichen Zustand eines Menschen in der Aufnahmesituation beschreiben und die Situation, die zu dem jetzigen Zustand führte. Hierzu gehören:

- Situation, die zur Aufnahme führte (Kriseninhalt),
- aktuelle körperliche Einschränkungen/Erkrankungen (Status),
- Vorerkrankungen,
- aktuelle psychische Situation (hierbei sollte ein besonderes Augenmerk auf krankheitsspezifische Symptome und Lebensüberdrussgedanken gelegt werden),
- die Pflegeperson sollte in der Aufnahmesituation einen Gesamteindruck über den Patienten beschreiben können.

6.3.4 Sozialanamnese

Die Sozialanamnese umfasst Daten, die die häusliche Situation des Patienten betreffen.

- Lebt der Patient allein oder in einer Partnerschaft?
- Wie ist der Familienstand des Patienten?
- Gibt es Kinder, besteht Kontakt zu diesen?
- Hat der Patient ein bestehendes Arbeitsverhältnis?
- Gibt es eine rechtliche Betreuung für den Patienten? Wenn ja, für welche Bereiche?
- Gibt es wichtige Bekannte/Verwandte, die zu informieren sind?
- Hat der Patient Haustiere, die wegen des Krankenhausaufenthalts woanders untergebracht werden müssen?
- Wie sieht die finanzielle Situation des Patienten aus?
- Bestehen z. B. Mietschulden (o. a. Schulden)?
- Wie sieht die Wohnsituation des Patienten aus?
- Ist der Patient von Obdachlosigkeit bedroht?
- Ist ein ambulanter Pflegedienst über die Aufnahme des Patienten zu informieren?
- Welche Religionszugehörigkeit hat der Patient?

6.3.5 Aufgaben der Bezugspflege

Das Konzept der Bezugspflege hat sich aus dem Primary nursing (Manthey, 1980) entwickelt. In der Bezugspflege finden wir im Gegensatz zu anderen Pflegesystemen eine Zuordnung von Mensch zu Mensch. In diesem Pflegesystem wird vorausschauend die Zuordnung von neu aufgenommenen Patienten durch die Pflegepersonen geplant. Der Patient wählt seine Pflegeperson nicht aus, sondern diese wird ihm zugeteilt. Bei der Zuteilung sollten neben dienstplanerischen Aspekten (Anwesenheiten der Bezugsperson) auch mögliche andere, z. B. kulturelle Aspekte, berücksichtigt werden. Die Bezugspflegeperson ist umfassend informiert über die ihr zugeteilten Patienten. In der Bezugspflege begegnen uns 3 wegweisende Begriffe.

Verantwortung

Die Verantwortung bezieht sich auf die Bezugspflegeperson, die den Patienten betreut, für dessen Pflegeplanung, Durchführung und Evaluation sie verantwortlich ist. Sie ist des Weiteren verantwortlich für die Weiterleitung von Informationen an andere Mitglieder des therapeutischen Teams und für die Koordination der Vertretung während ihrer Abwesenheit (z. B. Urlaub, Fortbildungen). Ebenso obliegt ihr gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen die Entlassungsplanung.

Beziehung

Die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient trägt entscheidend zum Heilungsprozess bei. Hierbei steht neben der Sach- und Fachkenntnis der Pflegeperson auch ihre kommunikative Kompetenz im Vordergrund. Pflegepersonen sollten in klientenzentrierter Gesprächsführung oder ähnlichen Ansätzen der Kommunikation geschult sein, um mit dem Patienten hilfreiche Gespräche führen zu können. Die Beziehungsaufnahme zum Patienten gestaltet die Bezugperson bewusst. Die Beziehung zum Patienten sollte immer respektvoll und partizipativ sein. Sie sollte als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden.

Konsens

Neben den kommunikativen Fähigkeiten spielen auch die sozialen Fähigkeiten der Pflegeperson ei-

ne wichtige Rolle. Im Rahmen der Bezugspflege sollte es immer zu einer Konsensfindung zwischen Patient und Bezugsperson kommen. Für eine tragfähige bezugspflegerische Beziehung ist der kleinste gemeinsame Nenner häufig wichtiger als ein großes Ziel, das niemals erreicht wird. Patient und Bezugspflegeperson sollten gemeinsam Erfolge planen!

Kurzkonzept zur Bezugspflege

In einem praxisorientierten Kurzkonzept kann zwischen patientennahen und patientenfernen Aufgaben unterschieden werden:

Definition

Jeder Patient/jede Patientin hat eine pflegerische Bezugsperson, die während des gesamten Aufenthaltes auf der Station verantwortlich ist. Die pflegerische Beziehung gestaltet sich in erster Linie unterstützend, womit eine zielgerichtete individuelle Pflege auf der Grundlage des Pflegeprozesses gewährleistet wird.

Zuteilung

- Festlegung nach freier Kapazität der Pflegepersonen (PP).
- Berücksichtigung von Urlaub und Fortbildungen.
- 100%-Vollkraft betreut 3–4 Patienten.
- 75% anwesende PP betreut 2–3 Patienten.
- 50% anwesende PP betreut 0–1 Patienten.

Vertretungsregelungen

- Bei voraussehbaren Ausfällen der Bezugsperson, wie Urlaub oder Fortbildung, sorgt die Bezugsperson eigenverantwortlich und rechtzeitig für eine Vertretung.
- Der vertretenden Bezugsperson ist der Patient rechtzeitig bekannt.
- Dem Patienten wird die vertretende Bezugsperson rechtzeitig vorgestellt.
- Bei Krankheitsausfall wird die vertretende Bezugsperson in der Einführungsphase des Konzeptes durch die Stationsleitung bzw. deren Vertretung geregelt.
- Nach der Einführungsphase wird die Regelung der Vertretung bei Krankheit an das Pflegeteam eigenverantwortlich zurückgegeben.

Patientenbezogene Aufgaben der Bezugspflegeperson

- Die Bezugsperson gestaltet die erste Kontaktaufnahme zum Patienten.
- Die Bezugsperson nimmt aktiv am Aufnahmegespräch teil.
- Bezugspflegegespräche finden mindestens 1-mal pro Woche 15 min bis 2-mal pro Woche 30 min statt. Die Terminabsprache wird im Wochentherapieplan des Patienten vermerkt und obliegt der Bezugsperson.
- Die Pflegeplanung erfolgt bis zum 4. Tag (ab Aufnahmetag) mit der Bezugsperson.
- Die Wochentherapieplanung wird mit der Bezugsperson durchgesprochen.
- Hausbesuche, wenn therapeutisch notwendig/sinnvoll finden möglichst mit der Bezugsperson statt.
- Angehörige werden, wenn vom Patienten gewünscht und/oder therapeutisch sinnvoll in die Pflege durch die Bezugsperson miteinbezogen.
- Die Bezugsperson informiert den Patienten über Termine zur Diagnostik etc.
- Die Grund- und Behandlungspflege wird bei Anwesenheit der Bezugsperson durch diese durchgeführt.
- Die Bezugsperson gestaltet/plant gemeinsam mit den anderen Therapeuten und dem Patienten die Entlassung und reflektiert den stationären Aufenthalt. Die Bezugsperson ist verantwortlich für das Entlassungsmanagement.

Patientenferne Aufgaben

Die Bezugsperson ist verantwortlich für:

- die Vorstellung der Pflegeplanung/Behandlungsplanung in der Dienstübergabe und Teamkonferenz
- Realisierung und Überprüfung der Pflegeplanung
- die kontinuierliche Information an das multiprofessionelle Team in Dienstübergaben, Teamkonferenzen und Visiten
- die Kontrolle der Übertragung von Medikamenten auf ein neues Krankenkurvenblatt zur Minimierung von Übertragungsfehlern

Allgemeine pflegerische Aufgaben finden in allen Diensten mit allen anwesenden Patienten statt.

Patienten, deren Bezugspersonen nicht anwesend sind, werden selbstverständlich durch die diensttuenden Pflegepersonen kompetent mitversorgt.

6.3.6 Dokumentation

Der Pflegebericht dient als Dokument für erbrachte pflegerische Leistungen. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass immer ein Bezug zum Patienten hergestellt wird. Es werden die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen beschrieben. Ebenso werden die Erkenntnisse aus der Krankenbeobachtung beschrieben. Inhalte aus Bezugspflegegesprächen, Visiten, Teamsitzungen, organisatorische Informationen für den nächsten Dienst und aktuelle Veränderungen des Zustands des Patienten werden hier verschriftlicht.

Der Pflegebericht sollte kurz, prägnant und verständlich geschrieben sein. Im Bericht werden messbare Fakten beschrieben. Subjektive Einschätzungen einer Situation durch die Pflegeperson sollten als solche gekennzeichnet sein (z. B. »Herr Gerber wirkt auf mich …«). Äußerungen des Patienten, die als wichtig erachtet werden, werden als solche gekennzeichnet (z. B.: Herr Gerber äußerte: »…ich spüre, es wird etwas schreckliches passieren…«). Der Pflegebericht dient der Information und der Handlungsgrundlage der nachfolgenden Schicht. Aus den Beschreibungen folgen neue pflegerische Maßnahmen (▶ Kap. 6.2.3).

6.3.7 Individueller Therapieplan

Im Rahmen von stationären und teilstationären Behandlungen finden sich in einem Wochentherapieplan alle möglichen angebotenen Therapien strukturiert zusammen. Ebenso finden sich sowohl einzel- als auch gruppentherapeutische Angebote darin. Hierzu gehören verbale (Gesprächspsychotherapieverfahren) und nonverbale Therapieformen (Kreativtherapien, körpertherapeutische Verfahren) ebenso wie psychoedukative Gruppentherapieverfahren (Wissensvermittlung über die Krankheit und den Umgang damit) und Gruppen zur Reintegration in die Arbeitswelt (Arbeits- und Beschäftigungstherapie). Des Weiteren werden Entspannungsverfahren (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation) angeboten.

Bei der Unterschiedlichkeit psychischer Störungen und der Vielfalt der persönlichen Situationen von Klienten ist es sinnvoll, die Therapieplanung auf den einzelnen Patienten abzustimmen. Hierbei wird aus der Vielfalt des Angebotes das spezielle therapeutische Angebot für den Patienten herausgefiltert. Diese Angebote sollten für den Patienten bindend sein, auch um die Ernsthaftigkeit eines therapeutischen Settings zu unterstreichen. Bei akuten Veränderungen des Gesundheits-/Krankheitszustands des Patienten sind Veränderungen möglich und meist auch sinnvoll.

6.3.8 Berufsspezifische Aufgabenverteilung

Das therapeutische Team setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen. Die verschiedenen Berufsgruppen ergänzen sich gegenseitig mit ihrem unterschiedlichen Fachwissen. Bei einer abgestimmten gemeinsamen Grundhaltung und gegenseitiger Anerkennung der individuellen und beruflichen Spezifität sind sie hilfreich für den Patienten. In psychiatrischen Teams trifft man üblicherweise die folgenden Berufsgruppen an.

Pflegepersonen

Sie sind zuständig für die körperliche und psychische Pflege des Patienten. Pflegepersonen sind die »Wahrnehmungsspezialisten« im Team. Sie beobachten und nehmen alle menschlichen Bedürfnisse wahr. Hierbei handelt es sich nicht nur um elementare körperliche Bedürfnisse, wie ausreichendes Essen und Trinken, Kleidung u. ä., sondern auch die Pflege von Beziehungen, Umgang des Patienten mit der Umwelt, Begleitung des Patienten in seiner Erkrankung, in seinem Rückzug. Diese Tätigkeiten können Pflegepersonen sowohl innerhalb einer Klinik als auch im ambulanten Bereich ausführen. Im Krankenpflegegesetz vom 01.04.2004 wird für Pflegepersonen der Aspekt der Gesundheitsförderung

und Beratung festgelegt. Insbesondere im psychiatrischen Bereich ist der Aspekt der Gesundheitsförderung ein relativ neues Thema. Dabei ist es allerdings nicht unerheblich, wenn man an die Gewichtszunahme unter Einnahme von Psychopharmaka denkt. Ein häufig auftretendes Problem ist auch der Nikotingebrauch und die fehlende vitalstoffreiche Ernährung (auch oft aufgrund von mangelnden finanziellen Mitteln durch Frühberentung, Arbeitslosigkeit etc.). Heute erforscht man zunehmend die Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarktrisiko und Depression) sowie Zusammenhänge von psychischer Gesundheit und z. B. Ausdauersportarten.

Ärzte

Sie sind im Team zuständig für die Verordnung der Medikamente. Ihre fachliche Spezifität ist die Diagnostik der Zusammenhänge zwischen psychiatrischer Erkrankung und körperlichen Einflussgrößen (z. B. Hirnverletzungen, Hirnveränderungen). Bei der steigenden Zahl von psychiatrisch und körperlich kranken Patienten ist ein umfassendes medizinisches Wissen für die Betreuung der Patienten unumgänglich. Man denke hier nur an Patienten mit Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rheuma, Herzerkrankungen usw. bei gleichzeitiger psychiatrischer Erkrankung. Mediziner müssen manchmal auch Entscheidungen gegen den Willen des Patienten treffen (Zwangsmedikation). Hierzu gehört eine gehörige Portion Selbstsicherheit neben fachlichem Know-how.

Sozialarbeiter

Diese Berufsgruppe hat sich aus dem früheren Fürsorger entwickelt. Sozialarbeiter sind zuständig für die optimale Nutzung unseres Rechtssystems für die Patienten. Sie sind behilflich bei Rentenanträgen, Anträgen auf Sozialhilfe oder andere staatliche Hilfen. Sie organisieren Hilfemöglichkeiten, die nach der Entlassung aus der Klinik aktiv werden (z. B. Hauskrankenpflege). Ebenso sind sie zuständig, soziale Verelendung zu verhindern (Klärung der Wohnsituation, Abwendung von Obdachlosigkeit). Sie organisieren mit dem Patienten Möglichkeiten, sich wieder in die Gesellschaft zu integrieren (z. B. Integration in Gruppen, Begegnungsstätten u. a.).

Psychologen

Spezielle psychologische Testverfahren zur Diagnostik von psychischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen und psychotherapeutische Verfahren stehen bei dieser Berufsgruppe im Vordergrund. Durch die spezielle Ausbildung bringt der Psychologe Wissen über die menschliche Entwicklung, Verhaltenstheorien und Lerntheorien mit in das Team. Häufig haben Psychologen nach dem Studium eine therapeutische Ausbildung absolviert und sind spezialisiert auf verschiedene Therapieverfahren (z. B. Verhaltenstherapie, systemische Therapie, Familientherapie, tiefenpsychologische Therapie, Analyseverfahren). Dennoch sollte der Blickwinkel des Psychologen über den therapeutischen Rahmen hinausgehen. Die Wahrnehmung der sozialen Umgebung und des Ökosystems (Im Sinne der strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen), in dem sich der Patient befindet, darf weder im klinischen noch im ambulanten Rahmen vernachlässigt werden.

Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten

Die Wahrnehmung des Körpers und der körperlichen Möglichkeiten ist ein Hauptthema für Physiotherapeuten. Hierbei geht es nicht nur um die Beweglichkeit oder das Wiedererlangen körperlicher Fitness, sondern auch um die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Grenzen, von Nähe und Distanz. Dies dient bei Störungen der Körperwahrnehmung auch der Realitätskontrolle. Ebenso dient die Bewegungstherapie dem Patienten zum körperlichen Wohlbefinden, zur Regulierung des Körpergewichtes, Regulierung von Kreislaufstörungen unter Einnahme von Psychopharmaka und der Gesundheitsförderung. Es können Techniken vermittelt werden, die der Gesunderhaltung des Körpers und der Psyche dienen (Zusammenhang zwischen Ausdauersportarten und affektiven Störungen). Außerdem ist der Bewegungstherapeut auch für die Herstellung von körperlicher Gesundheit bei Patienten zuständig, die sich z. B. im Rahmen von Suizidversuchen körperlich schwer verletzt haben.

Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Ergotherapeuten

Diese Berufsgruppe widmet sich der Integration des Patienten in eine Gruppe mit Hinblick auf künstlich gestellte »Arbeitssituationen«. Hierbei geht es nicht

nur um das Anfertigen von Gegenständen aus verschiedenen Materialien (Ton, Holz, Seide, Papier etc.), sondern auch um die Möglichkeit der Erprobung von Situationen, in denen Anforderungen an den Patienten gestellt werden. Je nachdem, wie niedrigschwellig das Angebot ist, wird man von Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie sprechen. Die Tagesgestaltung mit schwer chronisch psychisch Kranke wird sicherlich anders aussehen als die Tagesgestaltung im Rahmen eines sozialpsychiatrischen tagesklinischen Programms. Früher wurde die Tätigkeit oft als Beschäftigungstherapie bewertet.

Der Arbeits- und Beschäftigungstherapeut hat Wissen über die Arbeitswelt und kann den Patienten entsprechend anregen und unterstützen, Arbeiten auszuprobieren, sich zu organisieren, kleine Abläufe zu gestalten, arbeiten in der Gruppe zu üben, zu lernen, welche Qualität erbracht werden soll und welche Qualität er erbringt. So erlernt der Patient, die eigene Leistung einzuschätzen und auch wertzuschätzen (Steigerung des Selbstwertgefühls). Eine geregelte »Arbeit« birgt ein hohes Maß an Struktur in sich. Der Arbeits- und Beschäftigungstherapeut ist der Experte für den Alltag (Freizeit und Arbeit). Arbeiten heißt auch, in die Gesellschaft integriert zu sein, sie dient der sozialen Kontrolle und dem Zusammenhalt der Gesellschaft. In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit ist für psychisch Kranke v. a. die Möglichkeit in Zuverdienstprojekten zu arbeiten wichtig, um sich als Teil der Gesellschaft zu begreifen.

6.3.9 Entlassungsmanagement

Einleitung

Das Entlassungsmanagement zielt auf die Sicherung der Versorgungskontinuität, welche beim Übergang des Patienten von der einen in die andere Versorgungsform gefährdet ist. Zwei zentrale Aufgabenbereiche sind hier zu erwähnen: erstens eine Koordination der im poststationären Bereich erforderlichen Unterstützungs- und Versorgungsleistungen und zweitens die Stärkung der Selbststeuerungs- und Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten. Prinzipiell wird das Entlassungsmanagement als eine multidisziplinäre Aufgabe verstanden. Eine zentrale Stellung der Pflegefachkräfte im Entlassungsprozess begründet sich aus dem häufigeren und intensiveren Kontakten zu den Patienten und ihren primären Bezugspersonen. Somit können sie den Unterstützungsbedarf verlässlich einschätzen und erforderliche Maßnahmen einleiten und koordinieren.

Exkurs Expertenstandard Entlassungsmanagement

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Pilotprojektes »Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von Expertenstandards in der Pflege« im Jahr 2003 den Expertenstandard Entlassungsmanagement verabschiedet. Der Expertenstandard richtet sich primär an Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen und zielt aus pflegerischer Perspektive systematisch darauf ab, dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch gezielte Vorbereitung, sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den Beteiligten entgegenzuwirken. Er regelt jedoch nicht das Vorgehen innerhalb der jeweiligen Einrichtungen sondern stellt vielmehr in Rechnung, dass viele Einrichtungen bereits über Ansätze der systematischen Patientenentlassung verfügen, die weiter optimiert werden können. Vor dem Hintergrund der fragmentierten Versorgungssysteme sind weitere einrichtungsübergreifende Regelungen zu treffen, um eine adäquate Kooperation zu forcieren. In dem Expertenstandard wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Pflegefachkräfte nicht alle Schritte im Entlassungsmanagement selbst durchführen.

Ein gelungenes Entlassungsmanagement kann nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden.

Der Expertenstandard beinhaltet jeweils 6 Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Assessment, individuelle Entlassungsplanung, Beratung und Schulung, Koordination des Entlassungsprozesses, sowie bedarfsgerechte Vorbereitung der Entlassung.

Überleitungspflege – Pflegeüberleitung

Domscheit (1996, S. 2) definiert Überleitung »als Lösungsansatz für verschiedene Schnittstellenprobleme. Sie soll dazu beitragen, dass der Patient beim Übergang zwischen den Institutionen der Gesund-

heitsversorgung bzw. in die ambulante Betreuung alle notwendigen Leistungen zeitgerecht […] erhält […]«.

Im Zuge der Reformbestrebungen seit den 70er Jahren wurden im Bereich der psychiatrischen Versorgung die bislang umfangreichsten Konzepte zur Behebung des Schnittstellenproblems entwickelt. Sie reichen von globalen Konzepten einer koordinierten gemeindeintegrierten Versorgung über konkrete Ansätze der einrichtungsübergreifenden Abstimmung und Zusammenarbeit bis hin zur Begleitung der Patienten durch die Pflegenden beim Übergang aus der psychiatrischen Klinik in andere Betreuungsformen. Hinzu kommt, dass die Psychiatrie-Personalverordnung vergleichsweise günstige Voraussetzungen für die Realisierung von Überleitungskonzepten bietet (Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft).

Die Funktion und Stellung des Akutkrankenhauses hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Häuser der Akutversorgung sind heute als Intensivversorgungsinstitution (Bartholomeyczik, 2001) meist nur ein kurzes Glied in der Versorgungskette, wobei die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen stetig steigt. Dies hat zur Folge, dass zum Zeitpunkt der Entlassung oder Verlegung aus dem Krankenhaus immer mehr Patienten für eine kurze Zeit oder auf Dauer der Unterstützung, Anleitung oder Übernahme der Pflege oder der Ausführung von Behandlungspflege bedürfen.

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Begriffe Überleitungspflege und Pflegeüberleitung häufig synonym verwendet. Da es sich allerdings um unterschiedliche Ansätze handelt, sollte hier eine Differenzierung vorgenommen werden. Die Unterscheidung soll verdeutlichen, dass es sich um Aufgabenfelder mit jeweils anderer Schwerpunktsetzung handelt, die aufgrund ihrer personellen Zuordnung, organisatorischen Aspekten und ihres Leistungsprofils getrennt betrachtet werden sollten.

Definition

Überleitungspflege kennzeichnet die am Patienten erbrachte Dienstleistung, d. h. die unmittelbare Betreuung des Patienten durch Pflegekräfte, die ihn beim Übergang von der einen Betreuungsform in die andere zumindest zeitweise begleiten (Schriftenreihe des Institut für PW).

Definition

Pflegeüberleitung umfasst vorwiegend Beratungs- und Managementaufgaben, d. h. die Begleitung, Moderation und Kontrolle des Prozesses der Überleitung des Patienten (Schriftenreihe des Institut für PW).

Organisationsformen der Überleitung

Dem Konsens, was die besondere Stellung der Pflege betrifft, stehen zahlreiche Organisationsmodelle bzw. -formen gegenüber. Wie aus den Arbeitstexten zur Konsentierung des Expertenstandard zum Entlassungsmanagement (DNQP 2002, S. 26–29) zu ersehen ist, empfiehlt es sich, zwei übergeordnete Organisationsformen zu unterscheiden.

Die *indirekte Form* ist charakterisiert durch den Einsatz von Pflegeexperten mit besonderer Qualifikation und Verantwortung für das Entlassungsmanagement, welches einzig oder zumindest einen wesentlichen Bestandteil ihrer beruflichen Aufgaben ausmacht. Die Pflegeexperten sind als Bindeglied zwischen Krankenhaus und anderen nachgeordneten Versorgungsbereichen angesiedelt.

Die *direkte Form* hingegen charakterisiert sich durch die Betonung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit. Den Bezugspflegekräften der Station werden die Aufgaben des Assessment, der initialen Auslösung der Prozesskette, Beratung, Anleitung und Schulung von Patienten und ihrer Angehörigen und der adäquaten Informationsübermittlung an Beteiligte in der Nachsorge zugeschrieben. Die Pflegefachkräfte sind entweder Teil eines multidisziplinären Teams, das alle wesentlichen Schritte des Entlassungsmanagements gemeinsam plant und in enger Abstimmung arbeitsteilig durchführt, oder sie übernehmen die Koordinationsverantwortung für den Gesamtprozess.

Aufnahmemanagement

Die Organisation der nach dem Krankenhaus notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sowie weiterer sozialer Dienste kann nur dann erfolgreich sein, wenn die dafür notwendigen Informationen möglichst direkt im Anschluss an die stationäre Aufnahme des Patienten im Krankenhaus eingeholt und im Verlauf des Aufenthalts ständig aktualisiert wer-

den (dip, Überleitung und CM in der Pflege, S. 64). Um die entlassungsbezogenen Bedürfnisse eines Patienten einschätzen zu können, werden unterschiedliche Informationen benötigt:

- Soziodemographie,
- allgemeiner Gesundheitszustand,
- funktioneller Status,
- mentaler Status,
- Belastungsniveau,
- Eigenwahrnehmung des Gesundheitszustands,
- Ressourcennutzung vor dem Krankenhausaufenthalt,
- Wahrnehmung des Ressourcenbedarfs nach der Entlassung (Naylor et al., 1994).

Die eingesetzten Instrumente zur Erhebung variieren dabei von eigens entwickelten Pflegeanamnesebögen bis hin zu definierten Assessmentverfahren. Bisher ist der Nachweis, dass standardisierte Assessments eine höhere Verlässlichkeit als andere Verfahren der Pflegebedarfsermittlung haben, nicht erbracht (Expertenstandard in der Pflege 2002, S. 35).

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Wie nennt man eine dem Patienten zugewandte Haltung? ▶ Kap. 6.1.1
- Warum werden Case Management Konzepte derzeit auch hierzulande so intensiv diskutiert und vermehrt aufgegriffen? ▶ Kap. 6.1.3
- Welche Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Case Management kennen Sie? ▶ Kap. 6.1.3
- Beschreiben Sie die einzelnen Phasen des Case Management Prozesses. ▶ Kap. 6.1.3
- Auf welcher Grundlage findet die geplante Pflege und die Dokumentation der Durchführung statt? ▶ Kap. 6.2
- Nennen Sie pflegerische Grundlagen in der psychiatrischen Arbeit! ▶ Kap. 6.3.1
- Begründen Sie die zentrale Stellung von Pflegefachkräften im Entlassungsprozess! ▶ Kap. 6.3.9
- Benennen Sie die Unterschiede zwischen Überleitungspflege und Pflegeüberleitung! ▶ Kap. 6.3.9
- Welche unterschiedlichen Organisationsformen des Entlassungsmanagement kennen Sie? ▶ Kap. 6.3.9

Literatur

Bauer R (2004) Beziehungspflege. Ibicura, Unterostendorf
Bartholomeyczik S (2001) Professionelle Kompetenz in der Pflege, Teil III. In: Pflege Aktuell 7-8: 412
Dash K et al (Hrsg) (2000) Entlassungsplanung Überleitungspflege. Urban & Fischer, München
Dörner K, Plog U, Teller Chr,Wendt F (2002) Irren ist menschlich. 4. Aufl Psychiatrie-Verlag, Bonn
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2003) Expertenstandard Entlassungsmanagement, Entwicklung, Konsentierung. Osnabrück
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung eV (Hrsg) (2004) Überleitung und Case Management. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover
Domscheit S, Wingenfeld K (1996) Pflegeüberleitung in NRW/ Konzeptionelle Entwicklung. Bielefeld
Ewers M, Schaeffer D (Hrsg) (2000) Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, Bern
Finke J (1994) Empathie und Interaktion. Thieme, Stuttgart
Henke F (2003) Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess. 2. Aufl Kohlhammer, Stuttgart
Kruijswijk Jansen J, Mostert H (1997) Pflegeprozeß. Ullstein Mosby, Berlin
Kistner W (1994) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. 2. Aufl Gustav Fischer, Stuttgart
Rogers C (1988) Therapeut und Klient – Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer
Schädle-Deininger H, Villinger U (1997) Praktische psychiatrische Pflege. 2. Aufl Psychiatrie-Verlag, Bonn
Schlettig H-J, von der Heide U (1993) Bezugspflege. Springer, Berlin Heidelberg New York
Schulz von Thun F (2004) Miteinander Reden 1. 40. Aufl Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
Schulz von Thun F (2004) Miteinander Reden 2. 24. Aufl Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (2004) Lehrbuch der psychiatrischen Pflege. Hans Huber, Bern
Wendt W-R (2001) Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Lambertus, Freiburg

7 Kommunikation und Gesprächsführung

Mark Helle

7.1 Was ist Kommunikation? – 126

7.2 Allgemeine Kommunikationstheorien – 127
7.2.1 Encoder/Decoder-Modelle – 127
7.2.2 Intentionalistische Modelle – 128
7.2.3 Modelle der Perspektivenübernahme – 128
7.2.4 Dialogische Modelle – 129

7.3 Die fünf Axiome menschlicher Kommunikation (Watzlawick) – 129

7.4 Das Nachrichtenquadrat (Schulz v. Thun) – 131

7.5 Der personzentrierte Ansatz und Kommunikation (Rogers) – 134
7.5.1 Grundlagen des personzentrierten Ansatzes – 134
7.5.2 Das personzentrierte Beziehungsangebot – 134
7.5.3 Empathie – 135
7.5.4 Kongruenz – 136
7.5.5 Bedingungslose Wertschätzung – 136

7.6 Zusammenfassung – 136

Literatur – 137

In Kürze

Kommunikation ist ein Vorgang, der den Austausch von Informationen beschreibt. Besonders in der zwischenmenschlichen Kommunikation handelt es sich um einen außergewöhnlich komplexen Prozess. Informationen werden auf unterschiedlichen Ebenen (Sprache, Mimik, Gestik) übermittelt, sie können widersprüchlich sein, uneindeutig abgesendet aber auch falsch verstanden werden. Im Bereich der psychiatrischen Pflege spielt Kommunikation sowohl im Kontakt zu den Patienten als auch im kollegialen Austausch eine zentrale Rolle. Das Wissen um die verschiedenen Aspekte menschlicher Kommunikation kann entscheidend dazu beitragen, die unterschiedlichen Beziehungen im psychiatrisch-pflegerischen Berufsalltag klarer und konfliktfreier zu gestalten.

Ausgangspunkt dieses Kapitels ist eine Einführung in das weite Feld der Kommunikation, um in dem sich dann anschließenden Teil ausschließlich auf den Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation zu fokussieren. Zunächst wird ein Überblick der unterschiedlichen kommunikationspsychologischen Theorien gegeben, die in vier Klassen unterteilt werden können. Hieran schließt sich eine ausführliche Darstellung der drei Ansätze an, die vor allem im kommunikativen und interpersonalen Austausch in der psychiatrischen und psychosozialen Praxis von großer Relevanz sind:

- die fünf Axiome menschlicher Kommunikation (Watzlawick)
- die vier Seiten einer Nachricht (Schulz v. Thun)
- der personzentrierte Ansatz (Rogers)

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels sind Sie in der Lage:

- die vier Klassen der psychologischen Kommunikationstheorien zu beschreiben und gegeneinander abzugrenzen
- die fünf Axiome von Watzlawick darzustellen und deren Bedeutung für die zwischenmenschliche Kommunikation zu beschreiben
- das Nachrichtenquadrat von Schulz v. Thun zu beschreiben und dessen Bedeutung sowohl für den Sender als auch den Empfänger von Botschaften herauszuarbeiten
- das Menschenbild, das dem personzentrierten Ansatz zu Grunde liegt, zu beschreiben
- die Grundlagen des personzentrierten Beziehungsangebotes darzustellen und mit den Konzepten **Empathie**, Kongruenz und bedingungsloser Wertschätzung in Verbindung zu bringen
- die Bedeutung des personzentrierten Ansatzes für die Gestaltung zwischenmenschlicher kommunikativer Prozesse darzustellen

7.1 Was ist Kommunikation?

Der Begriff Kommunikation kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie Mitteilung oder Unterredung. Während sich die ursprüngliche lateinische Bedeutung ausschließlich auf den verbalen zwischenmenschlichen Austausch bezieht, ist das heutige Verständnis sehr viel breiter:

Mit Kommunikation wird ganz allgemein der Austausch von Information beschrieben, wobei nicht notwendigerweise Menschen daran beteiligt sein müssen. In der Regel steht zwischen Sender und Empfänger ein sog. Medium, welches die Botschaft überträgt, etwa Luft (für Sprache), Datenleitungen, Zeitschriften u. Ä. Die Kommunikation erfolgt durch die Übermittlung von Zeichen beliebiger Art; dies können z. B. Laute, Buchstaben, Gesichtsausdrücke aber auch Bitfolgen sein. Wesentlich für die Kommunikation ist die Verbindung von Zeichen und Bedeutung. Eine erfolgreiche Kommunikation ist nur möglich, wenn Sender und Empfänger diese Zuordnung in gleicher Weise vornehmen (vgl. Brockhaus, 2004).

Kommunikation findet demnach überall dort statt, wo ein Transfer von Information erfolgt bzw. intendiert ist. Wenn beispielsweise auf dem Monitor des Computers die Meldung erscheint: »Das System hat zu wenig Arbeitsspeicher zur Verfügung«, so handelt es sich zweifelsfrei um einen kommunikativen Vorgang, genauer um Kommunikation zwischen Computer und Mensch (Mensch-Maschinen-Kommunikation). Eine andere Form des Austausches von Information erfolgt über Kommunikationssatelliten, die es Maschinen ermöglichen, weltweit Informationen auszutauschen (Maschinenkommunikation). Weitere Formen von Kommunikation sind animalische Kommunikation (Kommunikation in der Tierwelt), Mensch-Tier-Kommunikation oder auch Massenkommunikation.

Diese Beispiele sollen genügen, um deutlich zu machen, wie breit das Feld der Kommunikation ist.

In diesem Kapitel wird daher nur ein kleiner Ausschnitt, nämlich der Bereich der zwischenmenschlichen bzw. interpersonellen Kommunikation, also der Informationsaustausch zwischen mindestens zwei Individuen, behandelt.

7.2 Allgemeine Kommunikationstheorien

Die ersten empirisch untersuchten psychologischen Kommunikationstheorien wurden Anfang des 20. Jahrhunderts formuliert. Entsprechend der in der damaligen akademischen Psychologie vorherrschenden behavioristischen Denkweise waren diese angelehnt am sog. **Stimulus-Response-Modell**. Kommunikation wurde als ein **linear-deterministischer Prozess** zwischen Kommunikationsinhalt in einem bestimmten Kommunikationsmodus – als ursächlichen Reiz (Stimulus) – und einem Empfänger – dem auf den Reiz Antwortenden (Respons) – verstanden. Individuelle Unterschiede in der Verarbeitung kommunikativer Inhalte blieben dabei unberücksichtigt. Im Mittelpunkt dieser Forschungstradition stand vor allem das Interesse, die Wirkung von Massenmedien auf Einstellungen und Einstellungsänderungen von Menschen zu untersuchen. Diese eingeschränkte Sichtweise auf Kommunikation, die lediglich auf die Wirkung vom Sender auf den Empfänger fokussierte, erfuhr 1948 mit der Publikation von Lasswell eine ganz entscheidende Erweiterung.

Mit der »Lasswell-Formel« werden alle relevanten Beschreibungskomponenten eines kommunikativen Prozesses zusammenfasst und wiedergegeben:

- **Wer (Kommunikator, Sender)**
- **sagt was (Nachricht, Kommunikation, Botschaft, Mitteilung)**
- **zu wem (Empfänger, Kommunikant, Adressat)**
- **womit (Zeichen, Signal, verbale, nonverbale Verhaltensweisen)**
- **durch welches Medium (Modalität, Kanal)**
- **mit welcher Absicht (Intention, Motivation, Ziel)**
- **mit welchem Effekt?**

Wird diese Formel jedoch auf die Situation des Alltags übertragen, stellt sich rasch heraus, dass sie nicht ausreicht, um die Vielschichtigkeit kommunikativer Vorgänge abzubilden. Nicht selten ist es beispielsweise der Fall, dass ein und dieselbe Nachricht von verschiedenen *Empfängern* unterschiedlich verstanden wird und daher auch die *Effekte* sehr unterschiedlich ausfallen. Ferner ist die *Absicht* einer Botschaft in vielen Fällen so komplex oder auch uneindeutig, dass sich diese eher in Ausnahmen klar bestimmen lässt.

Mit der prägnanten Aufstellung grundlegender Aspekte menschlicher Kommunikation bildete das Modell von Lasswell den Ausgangspunkt einer Entwicklung, die immer differenziertere Untersuchungsansätze innerhalb der Kommunikationspsychologie hervorbrachte.

Mittlerweile existiert eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Kommunikationstheorien, die hier in einem groben Überblick vorgestellt werden sollen. Mit Kraus und Fussel lassen sich diese Theorien in die folgenden vier Klassen einordnen (vgl. Kraus u. Fussel, 1996):

- Encoder/Decoder-Modelle,
- intentionalistische Modelle,
- Perspektivübernahme-Modelle,
- Dialog-Modelle.

7.2.1 Encoder/Decoder-Modelle

Grundlage dieser Modelle ist der Sender, der einem Empfänger eine sog. interne Repräsentation übermittelt. Hierfür ist es notwendig, diese interne Repräsentation in einen Code (z. B. Sprache) zu transformieren bzw. zu encodieren. Über einen Kanal, z. B. Schallwellen oder Telefonleitung, wird dieser Code an den Empfänger weitergeleitet, der wiederum diese Information in eine eigene interne Repräsentation zurückübersetzen (decodieren) muss.

Auch wenn ein solches Modell nicht geeignet ist, alltägliche Kommunikationsprozesse zu beschreiben oder gar zu analysieren, so zeigt es doch zentrale Punkte, die für ein Gelingen zwischenmenschlicher Kommunikation von hoher Relevanz sind. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:

Kasuistik

Im Klinikalltag gibt es eine Reihe von eindeutigen Informationen, die an die Patienten weitergegeben werden müssen. So existieren Stationsregeln, die eingehalten werden sollen. Es gibt Termine, die die ganze Station oder auch einzelne Patientengruppen betreffen usw. Anhand des Encoder/Decoder-Modells kann geprüft werden, ob

a) die Information so zusammen gefasst (encodiert) wurde, dass die Inhalte für die Patienten klar und eindeutig erkennbar sind,
b) der Kanal des Informationstransfers (gedrucktes Papier, mündliche Instruktionen, Pinnwand etc.) geeignet ist, die Patienten zu erreichen und unmissverständlich zu informieren, und
c) der einzelne Patient in der Lage ist, die so übermittelte Information entsprechend der angestrebten Bedeutungsinhalte zurückzuübersetzen (decodieren).

7.2.2 Intentionalistische Modelle

Während die Encoder/Decoder-Modelle ein eher mechanisches Verständnis von Kommunikation vermitteln, liegt der Fokus intentionalistischer Modelle auf der Absicht des Senders. Um ein Gelingen der Kommunikation zwischen Sender und Empfänger zu gewährleisten, müssen bestimmte Regeln eingehalten werden. Grice, ein Vertreter diese Theoriengruppe, formulierte vier Basisregeln, die beachtet werden sollten, um zwischenmenschliche Kommunikation angenehm und effizient zu gestalten (Grice, 1975):

1. **Qualitätsmaxime: Nachrichten sollen ein Maximum an Qualität aufweisen.**
2. **Quantitätsmaxime: Nachrichten sollen nicht mehr und nicht weniger Information als nötig enthalten. Das heißt, man soll so informativ wie notwendig sein, aber nicht informativer als nötig.**
3. **Relevanzmaxime: Nachrichten an die Kommunikationspartner sollen relevant und bedeutungsvoll sein. Themen, die nicht Gegenstand des laufenden Gesprächs sind, sollen vermieden werden.**
4. **Klarheitsmaxime: Nachrichten sollen klar, deutlich und knapp sein. Mehrdeutige Ausdrücke, unklare Formulierungen sollten vermieden werden.**

Befinden wir uns in strukturierten Situationen, in denen Informationsinhalt und zeitlicher Rahmen vorgegeben sind – wie dies beispielsweise bei der Dienstübergabe auf der Station der Fall ist –, können die von Grice aufgestellten Konversationsmaximen sehr hilfreiche Orientierungspunkte bieten. Ein Merkmal der Dienstübergabe ist, innerhalb eines vorgegebenen Zeitrahmens bestimmte Informationen an den nachfolgenden Dienst zu übermitteln. Nicht selten wird hier gegen alle vier der oben genannten Maximen verstoßen, was in der Folge nicht nur die Übergabe selbst zu einer lästigen Angelegenheit werden lassen kann, sondern auch für den nachfolgenden Dienst zu Komplikationen führt, wenn dieser nicht über alle relevanten Informationen verfügt. Das Modell von Grice soll anhand folgender Fragen konkretisiert werden:

1. **Was genau will ich mitteilen?**
2. **Welche Hintergrundinformationen benötigen die anderen, um meine Mitteilung verstehen zu können?**
3. **Sind diese Informationen für die anderen wirklich von Bedeutung?**
4. **Ist die Art meiner Mitteilung für alle verständlich?**

7.2.3 Modelle der Perspektivenübernahme

Modelle der Perspektivenübernahme betonen die Notwendigkeit für die Kommunikationspartner, sich für ein Gelingen ihrer Kommunikation jeweils in die Rolle des Anderen hineinzuversetzen. Je besser ich mich auf mein Gegenüber einstellen kann, desto eher werde ich auch in der Lage sein, das, was ich mitteilen möchte, so zu artikulieren, dass mein

Gegenüber mich richtig versteht. So werde ich einen bestimmten Sachverhalt einem Kind ganz anders erklären als einem Erwachsenen. Je besser ich mich auf meinen Zuhörer einstelle und seine Perspektive kenne, um so eher werde ich eine Kommunikationsform wählen, die für ihn unmissverständlich ist.

Im Gegensatz zu den ersten beiden Modellgruppen, von denen sich eindeutige Regeln oder gezielte Techniken für den kommunikativen Prozess ableiten lassen, fokussieren Modelle der Perspektivenübernahme auf eine Grundhaltung oder auch Grundkompetenz, die ein generelles Gelingen oder Nicht-Gelingen von Kommunikation entscheidend beeinflusst. Der Aspekt der Einfühlung spielt im personzentrierten Ansatz, der an späterer Stelle ausführlich behandelt wird, eine zentrale Rolle.

7.2.4 Dialogische Modelle

Diese letzte Gruppe von Modellen berücksichtigt vor allem die soziale Situation, in der Kommunikation stattfindet. Im Unterschied zu den vorherigen Modellen rückt hier die Interaktion der Kommunikationspartner in den Mittelpunkt. In den ersten drei Modellen wurde zwischen Sender und Empfänger eine gewisse Distanz aufrechterhalten, die sich darin widerspiegelt, dass sowohl Sprecher als auch Hörer als autonome, informationsverarbeitende Instanzen verstanden werden. In den **dialogischen** Modellen wird das Ziel von Kommunikation in der Herstellung von Intersubjektivität im Sinne einer Begegnung und des Austausches zwischen zwei Individuen gesehen (vgl. Frindte, 2001). Erst in der gemeinsamen Kommunikation wird der von beiden Interaktionspartnern geteilte Bedeutungsgehalt bestimmter Handlungen und Symbole hergestellt. Als Beispiel für ein dialogisches Modell wird im nachfolgenden Abschnitt der Ansatz von Watzlawick et al. (1990) ausführlich dargestellt.

7.3 Die fünf Axiome menschlicher Kommunikation (Watzlawick)

Ausgangspunkt des viel beachteten Ansatzes von Watzlawick ist die Suche nach einer **Pragmatik** menschlicher Kommunikation (Watzlawick et al. 1990). Der Kommunikationsbegriff geht weit über die Vorstellung, Kommunikation sei lediglich Informationstransfer, hinaus und wird daher als **Synonym** für Interaktion verstanden. Mit den folgenden fünf **Axiomen** werden nicht nur die basalen Eigenschaften von Kommunikation sondern auch die Grundlagen interpersoneller Beziehungen beschrieben.

1. Axiom: Man kann nicht nicht kommunizieren

Wir alle kennen aus dem Alltag Konfliktsituationen, die so weit eskalierten, dass beide Konfliktparteien aufgehört haben, miteinander zu reden. Vor dem Hintergrund dieses ersten Axioms ist dies aber nicht das Ende des kommunikativen Prozesses. Gehen wir davon aus, dass ein wesentlicher Bestandteil von Kommunikation darin besteht, Information zu transferieren, so muss bei genauerer Betrachtung festgestellt werden, dass auch ein Nicht-Handeln oder ein Schweigen Mitteilungscharakter hat und somit auch Information beinhaltet. Die Tatsache, dass mein Gegenüber schweigt, ist vielleicht das Ende des Gesprächs, nicht aber das Ende unserer Kommunikation.

Kasuistik

Ein Patient, der vom Ausgang zurückkommt und wortlos mit gesenktem Blick an der Krankenpflegerin vorbeigeht, als ob sie Luft wäre, kommuniziert in diesem Moment eine Vielfalt möglicher Informationen, wie z. B.: »Mir geht es schlecht, bitte sprechen Sie mich an.« »Ich will meine Ruhe haben.« »Sie sind nicht die Person, mit der ich sprechen möchte.«

Kommunikation lässt sich also nicht auf Interaktionen reduzieren, in denen ein bewusster und erfolgreicher Austausch in gegenseitigem Verständnis stattfindet. Vielmehr ist es so, dass zwei Menschen, sobald eine gewisse räumliche Nähe hergestellt ist, immer kommunizieren, und sei es auch, indem beide signalisieren, dass sie sich im Moment nicht wahrnehmen, wahrnehmen wollen oder wahrnehmen können.

2. Axiom: Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt

Dieses Axiom besagt, dass jede Kommunikation auf zwei Ebenen gesondert zu betrachten ist. Eine Ebene beschreibt *die Information* der Botschaft, also das, *was* gesagt wird (Inhaltsaspekt). Die andere Ebene fokussiert darauf, *wie* dieses gesagt wird (Beziehungsaspekt). Hier erhalten wir Informationen darüber, wie der Sender *die Beziehung* zum Empfänger sieht bzw. verstanden haben möchte. Eines der zentralen Aussagen dieses zweiten Axioms ist, dass es im zwischenmenschlichen Dialog nie möglich ist, einfach *sachlich* Fakten auszutauschen. Wann immer ich mit anderen kommuniziere, gestalte ich im selben Moment durch die Art und Weise meines Kommunizierens wesentliche Teile meiner Beziehung zu dieser Person. Der Beziehungsaspekt einer Botschaft wird über Wortwahl, Tonfall, Mimik, Gestik und auch Körperhaltung übermittelt. Je weniger eindeutig die Beziehung zum Interaktionspartner ist, desto mehr Aufmerksamkeit lenken wir als Empfänger auf die Beziehungsaspekte einer Botschaft. Da die Signale, die den Beziehungsaspekt betreffen, zu vielen Teilen unbewusst sind, ist hier der Ausgangspunkt vieler Missverständnisse und Konflikte zu sehen. Oft scheinen die streitenden Parteien formal über inhaltliche Dinge zu verhandeln, tragen im Grunde jedoch Beziehungsprobleme aus.

3. Axiom: Interpunktion von Ereignisfolgen

Jeder der Interaktionpartner strukturiert für sich die kommunikative Situation in eine für ihn sinnvolle Kette von Einzelereignissen, auf die er dann wiederum reagiert (er *interpunktiert* die Ereignisse). Rufen wir uns einzelne Gespräche in Erinnerung, so gelingt dies meist nur, da wir den gesamten Verlauf in ein sinnvolles Wechselspiel von aufeinander bezogenen Aktionen und Reaktionen verstanden und abgespeichert haben. Das besondere an der **Interpunktion** von Ereignisfolgen ist, dass eine solche Untergliederung in kleine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge immer subjektive Entwürfe sind, die andere nicht zwangsläufig so teilen müssen.

Kasuistik

Die Stationsleitung kritisiert ihre Arbeitskollegin, weil diese ihr ständig aus dem Weg geht. Die Krankenpflegerin wiederum geht der Stationsleitung aus dem Weg, weil sie ständig von ihr kritisiert wird. So ist jede der beiden im Glauben, nur auf die Andere zu reagieren. Die einzige Möglichkeit, diesem Teufelkreis zu entkommen, ist die Metakommunikation, d. h. ein gegenseitiger Austausch über die jeweils eigene Wahrnehmung dieser Situation.

Das Wettrüsten während des kalten Krieges ist ein sehr spezielles Beispiel für die dramatischen Folgen, die unterschiedliche Interpunktionen nach sich ziehen können. Um den Frieden in den Nato-Staaten zu sichern, begannen diese aufzurüsten. Die Staaten des Warschauer Paktes wiederum nahmen dieses Aufrüsten als Bedrohung wahr, sodass nun auch sie – um den eigenen Frieden zu sichern – die Rüstungsindustrie ankurbelten. Hierauf reagierten die Nato-Staaten und dehnten ihr Aufrüstungsprogramm weiter aus.

4. Axiom: Digitale und analoge Kommunikation

Mit **digitaler Kommunikation** werden alle Symbole erfasst, die eine bestimmte festgelegte Bedeutung haben. So besteht unsere Sprache aus Wörtern, deren Bedeutung an sich nicht zwingend ist. Die Tatsache, dass das, was wir mit »Haus« beschreiben, unbedingt »Haus« und nicht »Kaus« heißen muss, ist nicht zwingend. Mit **analoger Kommunikation** sind dagegen all die Komponenten des Informationsaustausches gemeint, die an sich schon die Bedeutung in sich tragen. Also der ganze Bereich der Mimik und Gestik werden der analogen Kommunikation zugeordnet.

5. Axiom: Symmetrische und komplementäre Interaktionen

Dieses Axiom besagt, dass sich die Interaktionen zwischen zwei Menschen nach der Art der Beziehung richten, in der beide zueinander stehen. Watzlawick unterscheidet zwei verschiedene Beziehungs-

formen: die der Gleichheit und die der Ungleichheit der Interaktionspartner. Beruht die Beziehung auf Gleichheit, kommunizieren bzw. interagieren die Partner **symmetrisch** und verhalten sich in allen Belangen ebenbürtig. Liegt dagegen eine Beziehung der Ungleichheit vor, treten die Kommunikationspartner in eine **komplementäre** Interaktion. Sie ergänzen sich gegenseitig, indem sie die bestehenden Unterschiede ausgleichen.

Übertragen wir dieses Axiom auf den Stationsalltag, so werden wir im Pflegeteam meist symmetrische Beziehungen vorfinden, die durch vergleichbare Kompetenzen und Erfahrungen geprägt sind. Die Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patient haben dagegen einen komplementären Charakter, was sich darin äußert, dass das Pflegepersonal bemüht ist, die Schwächen der Patienten auszugleichen. Beide Beziehungsformen gehen mit typischen Kommunikations- bzw. Interaktionsmustern einher.

Kasuistik

Dem Kollegen, der sich in einer arbeitsintensiven Phase in den Aufenthaltsraum zurückzieht und eine Zigarette raucht, kann ich in aller Deutlichkeit signalisieren, dass ich selbst ein solches Verhalten nicht an den Tag legen würde, und auch von meinen Kollegen erwarte, Derartiges zu unterlassen.

Einem depressiven Patienten, der wiederholt zu spät zum Frühstück kommt, werde ich dagegen ganz anders begegnen. Im Sinne der Komplementarität unterstütze ich ihn darin, Strategien zu finden, mit der Tagesstruktur besser umgehen zu können.

7.4 Das Nachrichtenquadrat (Schulz v. Thun)

Schulz v. Thun leistete mit seinen Untersuchungen zur Anatomie einer Nachricht einen wesentlichen Beitrag zu einem besseren Verständnis von zwischenmenschlicher Kommunikation. Dieser Ansatz hat mittlerweile eine so große Verbreitung erfahren, dass er zum Allgemeinwissen der psychosozialen und psychotherapeutischen Praxis gerechnet werden kann. Seine Überlegungen mündeten in das sog. Nachrichtenquadrat, welches in ◘ Abb. 7.1 wiedergegeben ist. Grundlage dieses Modells ist die Annahme, dass jede Nachricht aus den folgenden vier Komponenten besteht:

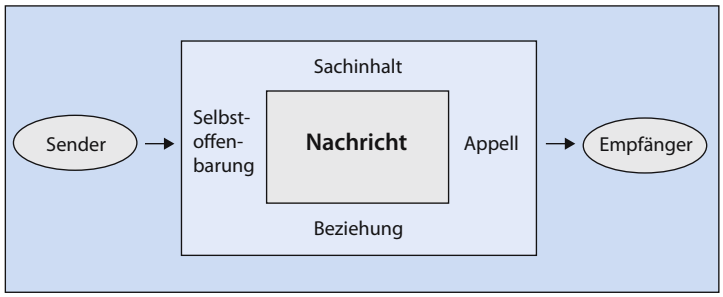
- Sachinhalt,
- Selbstoffenbarung,
- Beziehung,
- Appell.

Zwei dieser Komponenten, Sachinhalt und Beziehung, wurden bereits mit dem zweiten Axiom von Watzlawick beschrieben. Schulz v. Thun verfeinerte das breite Verständnis von Beziehung bei Watzlawick und untergliederte es in die drei Komponenten Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell (vgl. Schulz v. Thun, 2001, S. 30).

Die vier Aspekte einer Nachricht sollen an folgendem Beispiel veranschaulicht werden:

Kasuistik

Eine depressive Patientin kommt ins Stationszimmer, ihre Körperhaltung ist leicht nach vorn gebeugt, ihre Mimik unbeweglich, und sie ▼



◘ **Abb. 7.1.** Die vier Seiten einer Nachricht (Schulz v. Thun, 2001, S. 30)

spricht mit einer Mischung aus Anklage und Frustration zur Pflegeperson: »Nun bin ich schon drei Wochen hier und mir geht es genau so schlecht wie am ersten Tag. Das hat doch alles keinen Sinn mehr. Da kann ich doch genau so gut zuhause bei meinen Kindern sein.«

Was ist der Sachinhalt dieser Nachricht? Oder: Welche Information teilt die Patientin mit?

Der Patientin geht es schlecht. Sie fühlt sich nach einem dreiwöchigen Aufenthalt in der Klinik nicht besser als am Tag der Aufnahme. Eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes erscheint ihr sinnlos. Sie hat Kinder zu hause. Es macht für sie keinen Unterschied, ob sie bei ihren Kindern ist oder weiter auf der Station bleibt.

Worin besteht die Selbstoffenbarung? Oder: Was gibt die Patientin von sich kund?

Dieser Teil der Nachricht lässt sich nur entschlüsseln, wenn neben dem reinen Textinhalt auch Informationen zu Tonfall, Körperhaltung und Mimik etc. vorliegen. Bei diesem Textbeispiel können wir daher nur Vermutungen anstellen. Denn nur die Patientin selbst kann beurteilen, worin ihre Selbstoffenbarung besteht. Also sollte die Frage besser lauten: Worin könnte die Selbstoffenbarung bestehen?

Die Patientin hat eine Bilanz über die letzten drei Wochen gezogen und kann persönlich keinerlei Veränderungen feststellen. Mit dem anklagenden Tonfall zeigt sie, dass Sie enttäuscht ist über das bisherige Behandlungsergebnis. Gleichzeitig macht sie aber auch deutlich, dass ihr alles sinnlos erscheint. Im letzten Teil ihrer Nachricht macht sie darauf aufmerksam, dass ihre Kinder sie brauchen. Kurz: Ihr geht es schlecht, sie ist frustriert, sie hat sich hier mehr erhofft und sie wird zuhause gebraucht. Bei diesem Aspekt handelt es sich durchweg um mehr oder weniger direkt übermittelte Ich-Botschaften.

Beziehung oder Was hält die Patientin von der Pflegeperson?

Auch dieser Teil der Nachricht lässt sich eigentlich mit den hier verfügbaren Informationen nicht entschlüsseln, sodass auch diese Frage nur hypothetisch beantwortet werden kann. Indem sich die Patientin an die Krankenpflegerin wendet, signalisiert sie ihr gegenüber ein gewisses Vertrauen. Es scheint der Patientin aber auch wichtig, dass die Krankenpflegerin erfährt, wie es ihr geht. Möglicherweise gibt sie ihr stellvertretend für Therapeuten und Ärzte auch die Schuld daran, dass es ihr nicht besser geht. Im Gegensatz zu den zuvor erwähnten Ich-Botschaften geht es bei dem Beziehungsaspekt ausschließlich um sog. Wir-Botschaften.

Appell oder Wozu möchte die Patientin die Pflegeperson veranlassen?

Indem sich die Patientin an diese Pflegeperson wendet, möchte sie mehr oder weniger bewusst Einfluss auf sie nehmen. So könnte sie sich z. B. erhoffen, dass die Pflegeperson diese Information weiterträgt, und daraufhin der bisherige Behandlungsplan überdacht und verändert wird. Denkbar wäre auch, dass sie sich durch ein Gespräch mehr Zuversicht in den weiteren Aufenthalt zu gewinnen erhofft. Vielleicht wünscht sie sich zudem mehr Zuwendung und eine Gelegenheit, über ihr schlechtes Gewissen zu reden, wenn sie befürchtet, ihre Kinder zu vernachlässigen.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie viele unterschiedliche Ebenen innerhalb ein und derselben Botschaft zeitgleich mitschwingen. Das Modell des Nachrichtenquadrates hat sich nicht nur in der Supervision und **Mediation**, also Situationen, in denen mit professioneller Unterstützung Interaktionen und Kommunikation reflektiert werden, bewährt. Es eignet sich ebenso gut, um Irritationen in beruflichen oder privaten Gesprächen unmittelbar zu klären und dementsprechend reagieren zu können. Die Fähigkeit, die verschiedenen Bedeutungen einer Botschaft wahrzunehmen, ist keineswegs angeboren, sondern kann gelernt und trainiert werden. So wie der Sender lernen kann, alle vier Ebenen in seiner Botschaft besser zu berücksichtigen, ist es auch für den Empfänger möglich, die Fähigkeit, auf allen vier Ebenen hinzuhören, zu schulen.

Ein erster Schritt hierzu ist die Beantwortung der folgenden vier Fragen, die sich jeweils auf eine Seite des Nachrichtenquadrats beziehen:

- Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?
- Wie redet der eigentlich mit mir? Wen glaubt er vor sich zu haben?
- Was ist das für einer? Was ist mit ihm?

- Was soll ich tun, denken, fühlen auf Grund seiner Mitteilung?

Diese Fragen müssen beantwortet werden, um verstehen zu können, welche Botschaften übermittelt worden sind und ob diese stimmig oder unstimmig sind. Gerade im psychosozialen Kontext ist es enorm wichtig, alle vier Ebenen schnell auffassen zu können.

Aus diesen vier Seiten einer Nachricht entwickelte Schulz v. Thun die Unterscheidung von **expliziten** bzw. **impliziten** Botschaften und **kongruenten** bzw. **inkongruenten** Botschaften.

Explizite und implizite Botschaften

Eine explizite Botschaft liegt dann vor, wenn der Sender eindeutig und klar das artikuliert, was er auch wirklich mitteilen möchte. So handelt es sich um eine explizite Botschaft, wenn ich meinem Kollegen mitteile, dass die Äußerung von ihm eben gerade sehr verletzend für mich war. Anders verhält es sich bei der impliziten Botschaft. Hier spreche ich mein Gekränktsein nicht direkt an, sondern lasse es mein Gegenüber spüren. Zum Beispiel könnte ich dem Kollegen aus dem Weg gehen oder versuchen, ihn wie Luft erscheinen zu lassen.

In der Regel sind es die impliziten Botschaften, die zu Missverständnissen führen und Kränkungen nach sich ziehen. Da implizite Botschaften nicht offensichtlich sind, können sie vom Empfänger nur erschlossen werden. Der Sender impliziter Botschaften kann sogar ohne weiteres leugnen, etwas »zwischen den Zeilen« mitgeteilt zu haben.

Kongruente und inkongruente Botschaften

Eine Botschaft wird dann als kongruent bezeichnet, wenn alle gesendeten Signale, d. h. sowohl Inhalt der Nachricht als auch Tonfall, Mimik und Gestik, stimmig sind und das gleiche ausdrücken, also in dieselbe Richtung weisen.

Kasuistik

Frage ich beispielsweise einen Patienten, wie es ihm geht, und er in aufrechter Haltung stehen bleibt, mich anlächelt und antwortet, dass er sich heute richtig gut fühlt, dann ist diese Botschaft auf allen Kanälen *kongruent*. Sagt mir der Patient dagegen in stark gebeugter Körperhaltung und mit gequältem Gesichtsausdruck, dass alles Ordnung ist, so erhalte ich höchst widersprüchliche (*inkongruente*) Botschaften.

Die Schwierigkeit für den Empfänger bei inkongruenten Botschaften besteht zunächst darin, sich der Inkongruenz überhaupt bewusst zu werden. Wie schnell ist es passiert, dass man im obigen Beispiel die Widersprüchlichkeit der Botschaft übersieht und im Weitergehen antwortet »Schön, dass bei Ihnen alles Ordnung ist«. Inkongruente Botschaften stellen den Empfänger vor die Frage, auf welchen Teil der Botschaft er eingehen soll. Eine Möglichkeit, solche Widersprüchlichkeit aufzugreifen, besteht darin, die verschiedenen nicht zusammenpassenden Botschaften aufzugreifen und zu artikulieren. Zum Beispiel: Ich höre, sie sagen mir sagen, dass alles in Ordnung ist, aber ihre Körperhaltung und auch ihr Gesichtsausdruck scheinen mir sagen zu wollen, dass sie sich im Moment gar nicht so wohl fühlen.

Derart verwirrende Botschaften sind auch unter dem Begriff »**Doppelbindung**« (»double-bind«) vielfach untersucht worden. Die Inkongruenz muss nicht nur zwischen verbalem Inhalt und z. B. Mimik bestehen. Sie kann auch in dem verbalen Teil der Botschaft selbst enthalten sein. Oft handelt es sich hierbei um Aufforderungen, die dem Empfänger keine Möglichkeit lassen, richtig zu reagieren. »Du sollst mich lieben« oder »Du sollst gerne mit den Kindern spielen« sind Appelle, denen man unmöglich nachkommen kann. Liebe kommt aus freien Stücken und kann nicht erzwungen werden. Ähnlich verhält es sich mit Dingen, die man gern bzw. ungern tut. Beides lässt sich nicht auf Befehl ändern. Bei genauerem Hinsehen wird deutlich, dass beide Aufforderungen einen wesentlichen Teil auslassen, der aber notwendig ist, um ihren eigentlichen Inhalt verstehen und auf ihn korrekt reagieren zu können. Beide müssten statt mit »Du sollst «. mit »Ich wünsche mir, dass du «. beginnen. »Ich wünsche mir, dass Du mich liebst« oder »Ich wünsche mir, dass Du gern mit den Kindern spielst«, sind Formulierungen, auf die der Empfänger sowohl auf Appell- als auch auf Beziehungsebene reagieren kann.

7.5 Der personzentrierte Ansatz und Kommunikation (Rogers)

7.5.1 Grundlagen des personzentrierten Ansatzes

Die ersten Anfänge des personzentrierten Ansatzes gehen zurück auf die Veröffentlichung »Die nichtdirektive Beratung« von Carl Rogers (1902–1987). Als psychotherapeutisches Verfahren ist der personzentrierte Ansatz unter der Bezeichnung »Gesprächspsychotherapie« oder auch »klientenzentrierte Psychotherapie« bekannt geworden und wird der **Humanistischen Psychologie** zugerechnet.

Die Humanistische Psychologie, deren Wurzeln in den späten 50er Jahren liegen, versteht sich als sog. »Dritte Kraft«. Zum einen grenzt sie sich gegen ein behavioristisches Weltverständnis, welches die akademische Psychologie der USA zwischen den 30er und 60er Jahren prägte, ab. Hier wurde vor allem das mechanistische Menschenbild, das den Menschen auf Stimulus-Respons-Schemata reduzierte (▶ Kap. 7.2), kritisiert.

Auf der anderen Seite wandten sich die Vertreter der Humanistischen Psychologie gegen die Psychoanalyse, welche bis Anfang der 70er Jahre die psychotherapeutische Landschaft sowohl in den USA als auch in Europa dominierte. Hier richtete sich die Kritik vor allem gegen das pessimistische und deterministische Menschenbild. Aus humanistisch-psychologischer Sicht bemisst die psychoanalytische Therapie der Vergangenheit des Menschen eine zu starke Bedeutung bei.

Folgerichtig ist eines der zentralen Merkmale der Humanistischen Psychologie und somit auch des personzentrierten Ansatzes die Betonung des »Hier und Jetzt«, also der Gegenwart. Der Mensch wird als ein reflexives Wesen gesehen, das seine Existenz und sein Dasein in dieser Welt sinnhaft definieren muss. Um im Hier und Jetzt sinnvoll leben zu können, muss der Mensch hinreichend konsistente Beschreibungen seiner Vergangenheit und Entwürfe seiner Zukunft entwickeln.

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum kommt in dem **gestaltpsychologischen** Gesetz: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile, zum Ausdruck. Phänomene, die für den Menschen und seine Lebenswelt Bedeutung haben, können sinnvoll nur als Einheit betrachtet werden. Würde man diese in ihre Einzelelemente zerlegen und nach einer analytischen Untersuchung wieder zusammenfügen, würde ein solcher Vorgang keine verlässlichen Aussagen über die Gesamtheit des untersuchten Phänomens zulassen.

Der Mensch, so die Sicht der Humanistischen Psychologie, befindet sich stets auf der Suche nach Entwicklungs- und Wachstumsmöglichkeiten, strebt also nach positiver Weiterentwicklung. Als soziales Wesen ist er auf die Zuwendung der Anderen angewiesen (»need for positive regard«).

Das erfahrende Subjekt, welches nach Wachstum und Zuwendung sucht, rückt in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dieses kann unmöglich aus der Distanz anhand objektivierbarer Beobachtungen geschehen, sondern nur über eine – wie der Name bereits ausdrückt – personzentrierte Grundhaltung.

7.5.2 Das personzentrierte Beziehungsangebot

Um im Sinne des personzentrierten Ansatzes ein hilfreiches Beziehungsangebot herzustellen, ist eine der wichtigsten Voraussetzungen die Bereitschaft, das Gegenüber so anzunehmen, wie es ist. Das hat nicht unbedingt mit Sympathie zu tun. Vielmehr ist dies eine Grundhaltung, in der vor allem Fragen nach richtig und falsch einer bestimmten Handlung keinen Sinn machen. Alles, was mein Gegenüber tut und sagt, hat eine Bedeutung, auch wenn diese mir selbst in vielen Fällen verschlossen bleiben kann. Gelingt es mir, dem Gegenüber zu vermitteln, dass er – so wie er ist – willkommen ist, und dass das, was es tut und denkt, einen Sinn hat, wird eine Atmosphäre hergestellt, in der er sich nicht verstellen muss. Erlebt sich eine Person in einer derart angstfreien Beziehung, wird sie Erfahrungen machen und äußern, die auch ihr selbst neu sein können. Je größer aber die Angst vor Kritik und Ablehnung ist, desto weniger wird sie Dinge wahrnehmen und zeigen, die eng mit ihren unmittelbaren Erfahrungen zusammenhängen.

Wie sich die Umsetzung eines solchen Beziehungsangebotes in der Praxis gestaltet, soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:

Kasuistik

Ein Patient hat vorzeitig die Tanztherapiegruppe verlassen, wirkt leicht verstört und meldet sich im Stationszimmer.

a) Ich begegne dem Patienten in einer Art und Weise, die ihn ahnen lässt, dass es nicht in Ordnung ist, frühzeitig die Tanztherapie zu verlassen. Der Patient wird sich nun rechtfertigen wollen und ist darum bemüht, mich davon zu überzeugen, richtig gehandelt zu haben. Er wird insgesamt sehr viel mehr auf *meine* Wahrnehmung achten, als auf das, was *er selbst* in der Tanztherapie erlebt und was ihn letztlich dazu gebracht hatte, vorzeitig zu gehen.

b) Ich signalisiere dem Patienten meine Überzeugung, dass er triftige Gründe gehabt haben muss, frühzeitig die Tanztherapie zu verlassen. Ich zeige mich zudem interessiert an dem, was ihn zum Abbruch bewogen hat. Vermutlich werden der Patient und ich sehr viel mehr von seinen Erlebnissen während der Tanztherapie erfahren, als dies in der Reaktion im ersten Beispiel der Fall sein würde.

Entsprechend der vorherrschenden Grundhaltung (»der Patient verhält sich nicht richtig« oder »der Patient hat gute Gründe«) wird auf verbaler kommunikativer Ebene dann auch die Reaktion des Pflegepersonals ausfallen:

Kasuistik

a) »Was machen *Sie* denn schon hier? Sie müssten doch noch Tanztherapie haben!«

b) »Na, Sie wollten wohl nicht bis zum Ende der Tanztherapie bleiben? Möchten Sie mir erzählen, was vorgefallen ist?«

Die wesentlichen Charakteristika der Grundhaltung eines hilfreichen Beziehungsangebotes hat Rogers mit den drei Begriffen: Empathie, Kongruenz und Wertschätzung, näher umschrieben.

7.5.3 Empathie

Unter Empathie wird die Fähigkeit verstanden, sich in die andere Person einzufühlen. Das bedeutet, beispielsweise Trauer oder Freude des Gegenübers so zu fühlen, *als ob* man diese selbst gerade erleben würde. Entscheidend hierbei ist allerdings, diesen Als-ob-Zustand nicht zu verlassen, da man anderenfalls nicht mehr empathisch, sondern mit seinem Gegenüber identifiziert wäre.

Kasuistik

Eine Patientin weint sich bei der Krankenpflegerin aus. Sie beklagt sich über Ihren Mann, der sie ständig mit einer anderen Frau betrügt.

a) Empathie: Die Krankenpflegerin kann sich sehr gut einfühlen und erhält so einen eigenen emotionalen Zugang zu der Wut und der Hilflosigkeit, die die Patientin in diesem Moment gerade durchlebt. Dieser Zugang ermöglicht ihr, die Patientin zu verstehen und zu begleiten.

b) Identifikation: Die Krankenpflegerin ist empört, dass diese liebenswerte Patientin von ihrem Mann so unmöglich behandelt wird, und sie verspürt selbst großen Ärger gegen diesen Mann. Es fällt ihr jetzt schwer, mit ihrer Aufmerksamkeit bei den Gefühlen der Patientin zu bleiben.

Aus **Identifizierung** mit dem Gegenüber kann leicht ein Verhalten resultieren, das vom Gegenüber als übergriffig erlebt wird.

Das Konzept der Empathie wird oft verkürzt dargestellt. Zuweilen wird sogar der Eindruck vermittelt, man wäre empathisch, wenn die emotionalen Erlebnisinhalte des Gehörten lediglich paraphrasiert würden. Bei einem solchen Verständnis droht Empathie zu einer bloßen Technik zu verkommen, die nichts mehr mit dem personzentrierten Beziehungsangebot gemein hat (Auckenthaler u. Helle, 2002). Der empathische Prozess hat zunächst nichts mit verbaler Kommunikation zu tun. Vielmehr begleitet dieser die gesamte Interaktion. In vielen Fällen kann es sogar störend oder irritierend sein, wenn die beim Anderen wahrgenomme-

nen Empfindungen diesem mitgeteilt werden (spiegeln).

Kasuistik

Eine 32-jährige allein stehende Geschäftsfrau, die von einer gefühlskalten Mutter erzogen wurde, kann sich nicht eingestehen, wie enttäuscht sie von ihrer Mutter war und immer noch ist. In einer Therapiestunde erinnert sie sich an eine Situation aus ihrer Kindheit, in der die Mutter aus einer Laune heraus ihren kleinen Hund weggegeben hatte. Der Therapeut spiegelt ihr daraufhin, wie enttäuscht und verzweifelt sie sich wohl gerade fühlen müsse. Die Klientin reagiert wütend und sagte zornig: »Haben Sie ja kein Mitleid mit mir! Ich kann auf Ihr Mitleid wirklich verzichten!« (Book, 1988, S. 423; Übersetzung M. H.)

In diesem Beispiel mag es durchaus so sein, dass der Therapeut genau das wiedergegeben hat, was die Klientin empfand. Die Reaktion der Klientin macht aber deutlich, dass der Therapeut dennoch nicht *empathisch* war. Zu diesem Zeitpunkt war es für die Klientin offenbar unerträglich und viel zu schmerzhaft, ihre Gefühle von Anderen korrekt gespiegelt zu bekommen. Hier empathisch mit zu empfinden hätte bedeutet, die Schmerzhaftigkeit und die Unerträglichkeit der Gefühle der Klientin lediglich mitzufühlen, nicht aber zu verbalisieren

7.5.4 Kongruenz

Mit Kongruenz beschreibt Rogers – anders als der Begriff der Kongruenz bei Schultz v. Thun – einen Zustand, der es dem Menschen ermöglicht, all das wahrzunehmen und sich all dessen bewusst zu werden, was ihn im Moment bewegt bzw. beschäftigt. Auf diese Weise ist es möglich, in der Beziehung zu anderen Menschen transparent zu sein und ihnen offen gegenüber zu treten. Im Zustand der Kongruenz finden keine Abwehrvorgänge statt, man ist im Gegenteil fähig, der Welt und seinen Mitmenschen mit völliger Offenheit zu begegnen. Statt Kongruenz werden oft auch die Begriffe Echtheit und **Authentizität** verwendet. Eine kongruente Person wird als integer und verlässlich erlebt, da sie dem Gegenüber nichts vorspielt.

7.5.5 Bedingungslose Wertschätzung

Bedingungslose Wertschätzung gilt als die Grundlage des personzentrierten Beziehungsangebotes. Wie schwierig es ist, ein solches Beziehungsangebot zu realisieren, wird deutlich, wenn wir uns fragen, wie es eigentlich um unsere eigene Akzeptanz, unsere Selbstakzeptanz, steht. Kann ich wirklich sagen, dass ich mich selbst bedingungslos wertschätze und mich in Ordnung finde, so, wie ich bin? Muss ich nicht erst bestimmte Leistungen vollbracht haben oder bestimmte Erfolge vorweisen können, damit ich mit mir zufrieden sein darf? In diesem Fall würde ich jedoch weniger mein Selbst als vielmehr mein Ich-Ideal akzeptieren, und ich könnte mich nur in den wenigen Momenten in Ordnung finden, in denen ich den Eindruck habe, meinem Ich-Ideal ganz nah zu sein.

Mit einer Grundhaltung, die die Wertschätzung der eigenen Person von Leistung und Erfolg abhängig macht, wird es schwierig sein, den Gesprächspartner ohne Vorbedingungen akzeptieren zu können. Gelingt es jedoch, ein wertschätzendes Beziehungsangebot zu realisieren, stellen sich beinahe zwangsläufig auch Empathie und Kongruenz ein. Das personzentrierte Beziehungsangebot im Sinne Rogers prägt dann unsere gesamte Kommunikation und bestimmt unseren Interaktionsstil.

7.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die Besonderheiten menschlicher Kommunikation aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Zunächst wurde ein Überblick über die Vielfalt psychologischer Kommunikationstheorien vermittelt. In der Darstellung der vier Gruppen von Theorien, die in der Reihenfolge auch ihrer historischen Entwicklung entsprechen, wird deutlich, wie sich diese Theorien von einer eher mechanistischen Auffassung immer mehr hin zu einem individuellen subjektbezogenen Verständnis kommunikativer Prozesse entwickelt haben.

Die von Watzlawick formulierten fünf Axiome stellen die Basis einer pragmatisch-formalen Theorie menschlicher Kommunikation dar. Anhand dieser Axiome lassen sich nicht nur die Grundlagen zwischenmenschlicher Kommunikation und Interaktion beschreiben. Sie dienen ebenso dazu, unerwünschte kommunikative Vorgänge bzw. Strukturen zu analysieren.

Ähnlich sind die Arbeiten von Schulz v. Thun zu bewerten. Anhand der vier Aspekte einer Nachricht sowie den Unterscheidungen zwischen impliziten/expliziten und kongruenten/inkongruenten Botschaften ist es möglich, einen besseren Zugang zur Vielschichtigkeit einer Botschaft zu gewinnen und ein größeres Verständnis für Uneindeutigkeiten und Widersprüchlichkeiten zu entwickeln. Gleichzeitig sensibilisiert das Modell für die Übermittlung eigener sowie die Wahrnehmung empfangener Botschaften, und hilft somit, bereits im Vorfeld möglichen Missverständnissen vorzubeugen.

Eine Ergänzung dieser beiden Theorien bildet der von Rogers entwickelte personzentrierte Ansatz. Im Vordergrund steht hier, auf Basis des humanistisch-psychologischen Menschenbildes, eine Grundhaltung, die ganz wesentlich zwischenmenschliche Beziehungen zu gestalten vermag. Die Realisierung einer solchen Grundhaltung, sowohl in der Beziehung zu sich selbst als auch in der zu Anderen, führt zu einem kommunikativen Verhalten, welches anhand der drei Aspekte Empathie, Kongruenz und Wertschätzung veranschaulicht werden kann.

Alle diese unterschiedlichen Ansätze lassen sich zu einem Ganzen zusammenfügen. Sie vermitteln sowohl auf theoretischer Ebene wie auch in der persönlichen und beruflichen Praxis ein tieferes Verständnis für zwischenmenschliche Kommunikation, das sich schließlich auch in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen positiv niederschlägt.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Warum stellt die zwischenmenschliche Kommunikation nur einen kleinen Ausschnitt der Kommunikationswissenschaften dar? ▶ Kap. 7.1
- Wie lautet die Laswell-Formel und welche Bedeutung hatte diese für die Weiterentwicklung der Kommunikationstheorien? ▶ Kap. 7.2
- Wie lauten die fünf Axiome menschlicher Kommunikation? ▶ Kap. 7.3
- Wie lauten die vier Seiten einer Nachricht? ▶ Kap. 7.4
- Skizzieren Sie die wesentlichen Merkmale der Humanistischen Psychologie! ▶ Kap. 7.5.1
- Mit welchen drei Begriffen hat C. Rogers das personzentrierte Beziehungsangebot charakterisiert? ▶ Kap. 7.5.2–7.5.4
- Wie wirkt sich das personzentrierte Beziehungsangebot auf die zwischenmenschliche Kommunikation aus? ▶ Kap. 7.5.2–7.5.4

Literatur

Auckenthaler A, Helle M (2002) Gefühle in der Gesprächspsychotherapie. Psychotherapie im Dialog 2: 148

Bibliographisches Institut, F. A. Brockhaus AG (2004) Der Brockhaus Multimedial. Mannheim

Book HE (1988) Empathy: misconceptions and misuses in psychotherapy. In: American Journal of Psychiatry 145: 420

Frindte W (2001) Einführung in die Kommunikationspsychologie. Beltz, Weinheim

Grice HP (1975) Logic and conversation. In: Cole P, Morgan JL (eds) Syntax and semantics 3: speech acts. Academic Press, New York 41

Krauss RM, Fussel SR (1996) Social psychological models of interpersonal communication. In: Higgins ET (ed) Social psychology: handbook of basic principles. Guilford, New York 655

Laswell HD (1948) The structure and function of communication. In: Bryson L (ed) The communication of ideas. A series of adresses. Harper, New York

Rogers C (1992) Die nicht-direktive Beratung. Fischer, Frankfurt aM

Schulz von Thun F (2001) Miteinander Reden. Störungen und Klärungen, Bd 1. 35. Aufl Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Watzlawick P, Beavon JH Jackson D (1990) Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 8. Aufl Hans Huber, Bern

8 Interkulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Pflege

Heike Pfitzner

8.1 Einleitung – Wozu braucht die Pflege einen kultursensiblen Ansatz? – 140

8.2 Betrachtungen zum Begriff »interkulturell« – 141

8.3 Was bedeutet »Kultur«? – 141

8.4 Was bedeutet dann interkulturelle Kompetenz? – 142

8.5 Aktuelle Konzepte der interkulturellen Kommunikation in der Pflege – 143

Literatur – 144

In Kürze

In diesem Kapitel werden der Einfluss von kultureller Herkunft auf die Erwartungen und Kommunikationsmuster von Patienten und Pflegenden auf ihre Interaktion und der **interkulturelle** Ansatz in der psychiatrischen Pflege dargestellt.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels wissen Sie:

- was Kultur bedeutet
- wie kulturelle Unterschiede im Pflegealltag sichtbar werden
- wie interkulturell kompetente Handlungen aussehen
- welchen Einfluss Kultur auf das psychiatrische Konzept hat

8.1 Einleitung – Wozu braucht die Pflege einen kultursensiblen Ansatz?

Aktuell leben in Deutschland etwa 82 Millionen Menschen, die sich nach ihrem rechtlichen Status in drei Bevölkerungsgruppen einteilen lassen. Da sind die deutschen Staatsbürger aus Ost- und Westdeutschland, die große Gruppe von über 3 Millionen Spätaussiedlern und deutsche Staatsbürger nichtdeutscher Herkunft. Des Weiteren leben etwa 7,3 Millionen Menschen mit einem offiziellen Ausländerstatus in Deutschland, die zu einem großen Teil aus den anderen EU-Staaten kommen oder einen Migrationshintergrund haben (z. B. Kinder türkischer Eltern). Die dritte Gruppe mit einer stets schwankenden Anzahl von Menschen bilden die offiziell anerkannten Flüchtlinge, zu denen die Kontingentflüchtlinge, Asylberechtigten und Asylsuchenden gehören. Es existiert noch eine vierte Gruppe von Menschen – diejenigen, die ohne offiziellen Aufenthaltsstatus als »Papierlose« teilweise bereits seit vielen Jahren illegal in Deutschland leben.

Angesichts dieser Zahlen gehört es in Deutschland seit Jahrzehnten zum Alltag der medizinischen Pflege, dass sich die kulturelle Herkunft von Klienten oft von der Herkunft derjenigen unterscheidet, die mit deren Pflege betraut sind. Der Trend zur Globalisierung mündet nicht in eine Homogenisierung von Gemeinschaften innerhalb einer Gesellschaft, sondern vieles deutet darauf hin, dass bestehende kulturelle Unterschiede noch in der zweiten und dritten Generation wirksam bleiben oder sich teilweise vertiefen, wie die Bedeutung des Kopftuchs für die dritte Generation türkischer Jugendlicher eindrücklich zeigt. Unsicherheit, Stress oder der Einfluss von Massenmedien verstärken auf diesem Hintergrund eher vorhandene **Stereotypen**, um sich schnell zu erklären, wie die »Fremden« sind.

Der Ruf nach einer **kultursensiblen** Pflege in der Psychiatrie ertönte in Deutschland hörbar mit der Psychiatriereform von 1975, wo die Ansicht vertreten wurde, dass die Qualität der psychosozialen Versorgung zu gleichen Maßen auch für die kranken ausländischen Mitbürger gelten solle. Die Integration von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten galt als eine der Kernaufgaben der Reform. Gleichwohl ist die Umsetzung dieser Aufgabe bis zum heutigen Tag in der Praxis der Pflege und Betreuung von Menschen aus anderen Ländern und Kulturen schwierig und verläuft nicht geradlinig.

Vor den Mitarbeitern psychosozialer Einrichtungen steht die Herausforderung, die soziokulturellen Unterschiede zum Ersten als solche wahrzunehmen, sie zweitens als wesentlich für den Pflegeprozess einzuschätzen und sich drittens darum zu bemühen, mit auftretenden Unterschieden oder auch Problemen in der Kommunikation kompetent umzugehen.

Unterschiede äußern sich zum Beispiel darin, wie das Anliegen durch den Klienten bzw. Patienten vorgetragen wird, welche verbalen und nichtverbalen Ausdrucksformen dafür eingesetzt werden, wie er psychische Erkrankungen erlebt und schildert, welches Verhalten er seitens der professionellen Seite erwartet und in welcher Form dabei die bevorzugte Lebensweise, das soziale Umfeld und wichtige Wertvorstellungen einen Einfluss auf den gesamten Prozess der Kommunikation und Pflege haben.

Kulturelle Sensibilität bedeutet in der Pflege eine bewusste Aufmerksamkeit für die Einflüsse, die Kultur, sozioökonomischer Status, Geschlecht oder sexuelle Orientierung auf das Verhalten von Patienten und ihrer Umgebung haben.

8.2 Betrachtungen zum Begriff »interkulturell«

Die Diskussion um den Begriff des »Interkulturellen« wird seit Mitte der 90er Jahre sehr kontrovers geführt. Dabei stehen sich kritische Vertreter und Vertreterinnen aus dem sozialpädagogischen Kontext sowie dem Bereich der emanzipatorischen Bildungs- und Migrationsarbeit einerseits (Auernheimer, 2002) und Trainer, Coachs oder Personalentwickler aus dem Bereich der Wirtschaft andererseits (Thomas, 2003) teilweise konträr gegenüber.

Seit den Ereignissen des 11. September 2001 in New York tauchen in vielen westlichen Ländern verstärkt Tendenzen der Kulturalisierung ökonomischer, sozialer und politischer Unterschiede zwischen Menschen verschiedener ethnischer Herkunft auf. Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe wird mit einer ganzen Palette angeblich gleicher Eigenschaften von Menschen dieser Herkunft assoziiert. Die Gefahr besteht darin, Kultur als einziges Erklärungsprinzip für alles Unerklärliche, Unverstandene und scheinbar Unveränderliche zu missbrauchen.

Bei der Verwendung des Begriffs »interkultureller Kommunikation« oder »interkultureller Pflege« weist die Autorin nachdrücklich darauf hin, dass Unterschiede zwischen Klienten oder Patienten und den pflegenden Mitarbeitern stets mehrere Ursachen haben können. So wie es zu einseitig ist, für sämtliche kommunikative und pflegerische Probleme nur den kulturellen Hintergrund der jeweiligen Person zu bemühen, wäre es verkürzt, ausschließlich Kultur angesichts weiterer möglicher Ursachen (soziale Herkunft, politische Ausrichtung, Geschlecht, Rasse, Klasse, sexuelle Orientierung etc.) zu bemühen.

Die unterschiedlichen Voraussetzungen der Menschen hinsichtlich dieser Faktoren ergeben in einer pflegerischen Situation eine ganze Reihe ethischer und kommunikativer Dilemmata, die oft mit Macht- und Definitionsfragen zusammenhängen. So ist es von großer Bedeutung, ob die betreuende Person eine andere Bewertung der Geschlechterrollen als der Patient oder die Patientin vornimmt, wenn zum Beispiel eine junge deutsche Pflegerin einen wesentlich älteren Mann muslimischen Glaubens betreut und ihm konkrete Anweisungen erteilen will.

8.3 Was bedeutet »Kultur«?

Allein der Begriff »Kultur« wird aktuell in mehr als 160 wissenschaftlichen Definitionen näher erklärt. Diese Vielzahl an Erklärungsvarianten deutet bereits auf die Schwierigkeiten hin, mit wenigen Worten genau zu beschreiben, was Kultur eigentlich ist und welche Bedeutung sie beispielsweise auf den beruflichen Alltag hat.

Definition

Nach Alexander Thomas (2003) ist **Kultur** ein universelles Phänomen. Sie manifestiert sich in einem für eine Nation, Gesellschaft, Organisation oder Gruppe typischen Orientierungssystem, das aus spezifischen Symbolen, wie Sprache, Gestik, Mimik, Kleidung und Begrüßungsritualen, gebildet wird.

Dieses spezielle System für die Orientierung in der Umwelt hat entscheidende Auswirkungen auf die Art und Weise, wie andere Menschen wahrgenommen werden, welche Handlungsvarianten als erlaubt und möglich gelten und wo die Grenzen des eigenen und des anderen Handelns gesetzt werden. Dieses Orientierungssystem beinhaltet seiner Meinung nach eine ganze Reihe von »Kulturstandards«, die als eine Art innere Landkarte helfen, sich in der eigenen und einer unbekannten Kultur zu orientieren.

Eine weitere Form von Definition des Orientierungssystems bieten die »Kulturdimensionen«, die seitens Hall, Hofstede und Trompenaars (2004) in den letzten Jahrzehnten vorgeschlagen und untersucht worden sind. Diese Wissenschaftler vereint die Überzeugung, dass sie die Unterschiede zwischen Kulturen auf Achsen abbilden lassen, die jeweils durch zwei Extrempunkte gekennzeichnet sind und innerhalb derer sich für jedes Land oder auch für jede spezifische Gemeinschaft von Menschen bestimmte typische Merkmale festlegen lassen. Diese Merkmale wurden in zahlreichen empirischen Studien untersucht, die meistens auf der Basis von international tätigen Unternehmen, wie z. B. IBM, statt-

fanden. Der unkritische Transfer dieser statistischen Ergebnisse aus dem wirtschaftlichen Bereich in die Pflege ist fraglich und wird in der Fachliteratur stark hinterfragt (Hegemann u. Salman, 2001).

8.4 Was bedeutet dann interkulturelle Kompetenz?

Interkulturelle Kompetenz ist eine komplexe Kompetenz, die die Bereiche der Wahrnehmung, Handlung und Kommunikation einschließt und es ermöglicht, die Herausforderungen einer von Vielfalt geprägten Welt beruflich und privat zu meistern (◘ Abb. 8.1).

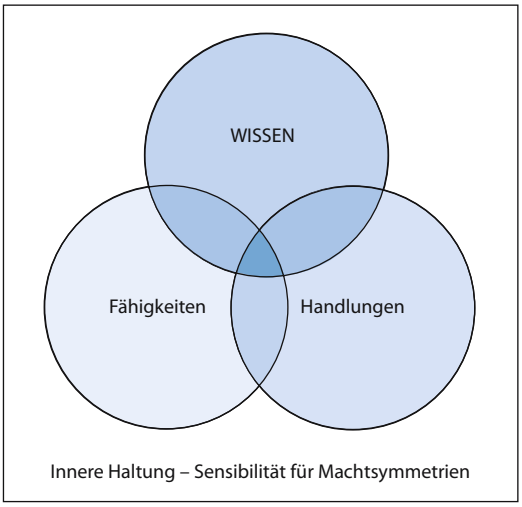
Die Fähigkeit, die Differenzen zwischen Eigenem, Vorhersagbarem und Verständlichem auf der einen Seite und dem Fremden, Unverständlichem andererseits stets aufs Neue auszuloten und dabei gleichzeitig zu wissen, dass Kommunikation zwischen zwei Menschen, gleich welcher kultureller oder anderer Herkunft, wohl nie zu 100 % überein stimmen kann, ist die wichtigste Fähigkeit, die als ein Teil von interkultureller Kompetenz gelten kann.

Vier weitere Fähigkeiten sind bedeutsam für diese Kompetenz:

- Fähigkeit zur Perspektivenübernahme,
- Fähigkeit zum mehrdimensionalen Hören, vor allem Aufmerksamkeit für die Beziehungsseite von Kommunikation (Erfassen intentionaler Bedeutungen von Ausdrucksmerkmalen),
- Systemische Sichtweise, die vor allem Eigenverantwortung für die Kommunikation und speziell Kommunikationsstörungen einschließt (empathisches Gespür für unerwünschtes Verhalten),
- Fähigkeit zur **Metakommunikation**, verbunden mit dem Bewusstsein dafür, dass in manchen Kulturen und Milieus die »Metaebene« befremdlich wirkt.

Notwendige Wissensbestandteile zur Herausbildung der Kompetenz sind:

- Kenntnis von Normen, die soziale Situationen regulieren,



◘ **Abb. 8.1.** Drei Hauptbestandteile von interkultureller Kompetenz

- Kenntnis über kulturabhängige Rollenstrukturen,
- Kenntnisse über das Selbstkonzept der Bezugsperson,
- Kenntnisse über Bedingungen und Wirkungen beobachteten Verhaltens zwischen fremdkulturellen Interaktionspartnern,
- Kenntnisse über Differenzierungen des Verhaltens bezüglich Zeit und Raum,
- Einsicht in die Art der Beziehung zwischen individuellen Handlungszielen einerseits und norm- bzw. rollengemäßen Verhalten andererseits,
- Kenntnisse über den angemessenen Verhaltensspielraum in sozialen Situationen,
- Wissen über Art und Ausmaß von Erwartungen (Machteinfluss).

Mögliche Handlungsfelder sind (Auernheimer, 2002):

- das eigene Tun kontinuierlich bilanzieren und die Rahmenbedingungen, die es befördern (Paradigmen, Selbstverständlichkeiten),
- konstruktiv mit der Fähigkeit umgehen, täglich mit Unwissen konfrontiert zu sein und doch produktiv zu handeln,
- ethische Gesichtspunkte mit einschließen,
- in der Kommunikationshandlung die Konstruktion von Kultur als sozialer Praxis bewusst erleben und bei Problemen benennen.

8.5 Aktuelle Konzepte der interkulturellen Kommunikation in der Pflege

Interkulturelle Arbeit in Psychiatrie und Therapie bedeutet zunächst, den eigenen kulturellen Hintergrund, auf dem sich der Pfleger oder die Pflegerin, der Arzt oder die Ärztin, der Therapeut oder die Therapeutin erlebt, kritisch zu hinterfragen und auf Auswirkungen auf die eigene Wahrnehmung und Beurteilung des konkreten Pflegefalls hin zu überprüfen.

Jedes Krankheitskonzept einer bestimmten menschlichen Kultur beruht auf einem Menschenbild, dass von der überwiegenden Mehrzahl der Mitglieder dieser Gemeinschaft geteilt wird. Die cartesianische Idee der Existenz eines »Selbst« bildet mit der Vorstellung vom Körper als Sitz des »Selbst« die Grundlage für die westliche Lehre von Gesundheit und Krankheit. Dabei geht diese Lehre davon aus, dass die Gesellschaft aus einer Anzahl ähnlicher Selbste besteht, die sich durch ihre sozialen Rollen, ihr Alter, Geschlecht etc. unterscheiden. Der Ort der Psychopathologie ist demnach der Körper, der durch seine individuelle Biografie und Persönlichkeit geprägt ist, weswegen er auch im Falle einer gesundheitlichen Störung der geeignete Ansatzpunkt für Heilung ist.

Im Gegensatz dazu bildet in vielen östlichen, traditionellen Gemeinschaften die zentrale Einheit nicht der einzelne Körper einer Person, sondern die Familie als eine Art »gemeinsamer Körper«. Eine Störung im Körper drückt daher nicht nur eine individuelle Disharmonie aus, sondern eine Störung der sozialen Ordnung und innerhalb der sozialen Beziehungen zwischen den Einzelnen in einer bedeutsamen Einheit (Familie, Sippe etc.).

Viel früher als die Psychiatrie hat die Anthropologie die Übertragbarkeit westlich geläufiger sozialer Konzepte, wie denen von Familie, Ehe, Moral, Gesundheit und Krankheit, von einer in die andere Kultur in Frage gestellt. Deshalb gehen z. B. Medizinanthropologen davon aus, dass auch psychiatrische Kategorien, wie »Depression«, Neurose« oder »Suizidalität«, nicht weltweit gültig sein können.

Kleinman entwirft aus dieser Denkschule in den 80er Jahren Grundannahmen, die Hegemann (2001) auf psychiatrische Kontexte bezieht und dabei folgendes betont:

- Kulturen unterscheiden sich in ihren Sichtweisen auf Krisen, familiäre oder andere Konflikte und Krankheiten.
- Da sich die Erklärungen und Bezeichnungen für Krankheiten etc. unterscheiden, gehen Kulturen unterschiedlich mit den Problemen um, die aus den Krisen und Krankheiten resultieren.
- Auf den Verlauf von kommunikativen Beziehungen haben sämtliche Behandlungsansätze, wie Therapien, Operationen, Pflege, Medikamente, entsprechende Rituale oder Ratschläge einen großen Einfluss. Wie wichtig die einzelnen Bestandteile jeweils zu nehmen sind, unterscheidet sich zwischen den Kulturen.
- Die sozialen und psychischen Einflüsse von Kultur auf die Definition von Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Einen weiteren bedeutsamen Beitrag zur konkreten Behandlung und Betreuung von Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund liefern systemisch-konstruktivistische Konzepte, die in die Therapie und Beratung den Kontext der Patienten einbeziehen und die »innere Landkarte« erfragen, auf der die Ideen und Bedeutungen seitens der Patienten abgebildet sind. Besonders gewürdigt für die Anwendung in Erstgesprächen, Therapiesituationen oder Konsultationsgesprächen in Behandlungsteams wird das zirkuläre Fragen. Es ermöglicht, bisher Gedachtes umzudeuten, Beziehungsmuster zu beleuchten und die Umstände, die zu ihren Veränderungen geführt haben könnten. Als Themenbereiche werden vorgeschlagen: Situation der Familie vor der Migration, Fragen zu den Kindern und der Familienstruktur, zu vorhandenen Ressourcen, zum Problem selbst, zum Aufenthaltsstatus, zu Sprachkenntnissen und eigenen Erklärungsmodellen.

Kurzzusammenfassung

Kultur zeigt sich erst in der Begegnung und der Auseinandersetzung mit dem Fremden und wird im Kontakt zwischen dem Eigenen und dem Anderen sichtbar. In der bewussten Auseinandersetzung mit dem Anderen treten die eigenen kulturellen Werte

hervor. Das Eigene bestimmt damit auch immer die Sicht auf das Fremde mit.

Es ist denkbar, kulturelle Unterschiede zwischen Menschen auf der Ebene von Kulturstandards oder Kulturdimensionen vorzunehmen.

Die jeweilige Ausprägung der entsprechenden Kulturdimension oder der geltenden Kulturstandards sollte in dialogischer Form und in reflexiver Selbstbefragung jeweils situations- und personenspezifisch erfragt und ausgeleuchtet werden, um stereotype Zuweisungen und kulturdominierte Erklärungsmodelle zu vermeiden.

Die Kenntnis der eigenen Kultur- und Pflegestandards im Bereich der Pflege und der alltäglichen Berufskommunikation zwischen Pflegenden und Patienten wird als notwendige Voraussetzung für eine veränderte Betrachtung von Pflegefällen aus einer anderen Kultur angesehen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Wie kann der Kulturbegriff definiert werden? ► Kap. 8.3
- Wie zeigen sich bei Patienten kulturell geprägte Erwartungen? ► Kap. 8.1
- Welche 4 Fähigkeiten kennzeichnen interkulturelle Kompetenz? ► Kap. 8.4
- Welche Grundannahmen entwickelte Hegemann bezüglich des kulturellen Einflusses auf die Psychiatrie? ► Kap. 8.5

Literatur

Auernheimer G (2002) Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Leske & Budrich, Opladen

Hegemann T, Salman R (2001) Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Thomas A, Kinast E, Schroll-Machl S (2003) Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation: Grundlagen und Praxisfelder, Bd 1. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Trompenaars F, Wooliams P (2004) Business weltweit: Der Weg zum interkulturellen Management. Murmann, Hamburg

Psychiatrische Pflege

9 Psychologische Grundlagen psychiatrischer Pflege – 147

Jeanette Bischkopf, Astrid Sonntag

10 Pflegeinterventionen – 169

Jeannette Bischkopf (Kap. 10.3), Mirjam Gaßmann (Kap. 10.5), Ilona Hippold (Kap. 10.4), Sibylle Linke (Kap. 10.1 u. Kap. 10.2), Werner Marschall (Kap. 10.5), Astrid Sonntag (Kap. 10.3), Helmut Thiede (Kap. 10.6)

11 Pharmakologie in der psychiatrischen Pflege – 195

Katrin Nehring

9 Psychologische Grundlagen psychiatrischer Pflege

Jeannette Bischkopf, Astrid Sonntag

9.1 Einführung in die psychologischen Begriffe – 148
9.1.1 Motivation – 148
9.1.2 Emotion – 150
9.1.3 Persönlichkeit – 151
9.1.4 Entwicklung – 152
9.1.5 Lernen – 152
9.1.6 Gedächtnis – 153
9.1.7 Soziale Prozesse – 154

9.2 Urteilsbildung und diagnostische Einschätzungen – 156
9.2.1 Urteilsfehler und ihre Auswirkungen – 156
9.2.2 Umgang mit Urteilsfehlern – 157

9.3 Psychologische Grundlagen des Handelns in pflegerischen Arbeitsfeldern – 158
9.3.1 Stress und Stressbewältigung – 158
9.3.2 Krankheitsbewältigung – 160
9.3.3 Krisenintervention – 162
9.3.4 Angehörigenarbeit – 163
9.3.5 Psychotherapeutische Ansätze – 165

Literatur – 167

In Kürze

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege setzt auch psychologisches Grundlagenwissen in die Praxis um. Die **Psychologie** (aus griech. *ψυχολογία, psychología* »die Seelenkunde« und *lógos* »die Kunde, Vernunft, das Wort«) ist die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen. Sie ist eine relativ junge Wissenschaft, die sich rasch entwickelt. Im Jahre 1879 wurde das erste experimentalpsychologische Labor von Wilhelm Wundt an der Universität Leipzig gegründet. Verglichen mit der langen Geschichte der Medizin scheinen 125 Jahre psychologischer Forschung eine kurze Zeitspanne. Seit seiner Etablierung bewegt sich das Fach zwischen Geisteswissenschaften, Sozialwissenschaften und Naturwissenschaften und enthält viele Teilbereiche. Wer heute Psychologie als Stichwort in die Suchmaschine »google« eingibt, ist mit über 5 Millionen Einträgen konfrontiert.

In diesem Kapitel wird aus dem Fundus psychologischer Erkenntnisse auf das zurückgegriffen, was für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege als grundlegend angesehen werden kann. Angesichts der Fülle an Informationen muss es sich um eine zum Teil subjektive Auswahl handeln. Wir haben uns bemüht, solche Erkenntnisse, Modelle und Theorien zu berücksichtigen, die für den psychiatrischen Alltag besonders relevant erscheinen. Für ausführlichere Informationen, einen breiteren Überblick über das Fach oder alternative Erklärungen werden wir ggf. auf Literatur verweisen.

Das Kapitel ist in drei Abschnitte gegliedert, die kurz charakterisiert werden können als Begreifen-Erkennen- Handeln. Für jeden dieser Bereiche wollen wir psychologisches Grundlagenwissen zur Verfügung stellen. Im ersten Teil (Begreifen) stellen wir Grundbegriffe und psychologische Themen vor, die unserer Meinung nach einen direkten Bezug zur psychiatrischen Pflege haben. Dazu gehören allgemeinpsychologische Begriffe, wie Motivation oder Gefühle. Im zweiten Teil (Erkennen) betrachten wir das Thema Menschenkenntnis sowie Probleme bei der Beurteilung und Einschätzung von Menschen und ihrem Verhalten. Der dritte Teil (Handeln) thematisiert psychologische Grundlagen pflegerischen Handelns. Dazu gehören Modelle der **Krankheitsbewältigung** und die Anforderungen in verschiedenen pflegerischen Arbeitsfeldern.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitel haben Sie:

- Kenntnis grundlegender psychologischer Begriffe und können diese erläutern
- Einblick darüber erworben, wie psychologisches Fachwissen über allgemeine Menschenkenntnis hinausgeht
- Einblick in die verschiedenen Aspekte, die bei der Beurteilung von Menschen berücksichtigt werden müssen
- Einblick in Faktoren, die Stress und Coping beeinflussen
- Grundkenntnisse über Ansätze der Psychotherapie, Angehörigenarbeit und Krisenintervention
- eigene Einstellungen und Erfahrungen hinterfragt und mit aktuellen Erkenntnissen in Verbindung gebracht

9.1 Einführung in die psychologischen Begriffe

In diesem Kapitel werden Begriffe und Phänomene aus der Psychologie erläutert, die für die psychiatrische Kranken- und Gesundheitspflege besonders relevant sind.

9.1.1 Motivation

> »Wenn du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Werkzeuge vorzubereiten, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit zu erleichtern, sondern lehre den Männern die Sehnsucht nach dem endlos weiten Meer.« (Antoine de Saint-Exupéry)

Motivation berührt die Frage, was den Menschen antreibt. »Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg« Aber was, wenn der Wille fehlt? Was ist eigentlich Motivation? In der klinischen Arbeit sprechen wir auch von Behandlungs- oder Therapiemotivation. Es ist wichtig zu wissen, was Patienten zur Behandlung bewegt oder ob sie vielleicht gar nicht motiviert sind, an der Behandlung mitzuarbeiten.

Pflege und Therapie sind ein gemeinsamer Prozess und auf die Mitarbeit und Motivation der Klienten angewiesen.

Was treibt den Menschen an, was motiviert ihn also? Abraham Maslow (1908–1970) hat dazu ein Modell vorgeschlagen. Er bildete eine Pyramide aus den Bedürfnissen des Menschen, die sog. *Bedürfnispyramide*:

- Die unterste und breiteste Stufe nehmen die physiologischen Grundbedürfnisse ein: Essen, Trinken, Schlafen, Sexualität, Wärme.
- Darauf folgt die zweite Stufe, das Sicherheitsbedürfnis (Abgrenzung, Recht und Ordnung, Schutz).
- Auf der dritten Stufe sind Liebe, Zugehörigkeit zu einer Gruppe und ganz allgemein soziale Bedürfnisse angesiedelt.
- Die vierte Stufe umfasst das Bedürfnis nach Anerkennung (Aufmerksamkeit, Ruhm).
- Die fünfte, letzte und in der Pyramide auch kleinste Stufe wird vom Bedürfnis nach Selbstverwirklichung eingenommen.

Maslow geht davon aus, dass immer erst die unteren Bedürfnisse zufrieden gestellt werden müssen, bevor die nächste Stufe interessant wird. Eine Person ist also motiviert, wenn sie ihre Bedürfnisse befriedigen will. Erst wenn z. B. das Bedürfnis nach Sicherheit zufrieden gestellt ist, kümmert sich der Mensch um seine sozialen Bedürfnisse. Wer dagegen Hunger hat, nimmt auch erhebliche Sicherheitsrisiken in Kauf. Akute Bedürfnisse auf jeder Stufe blenden die darüber liegenden Stufen aus den Interessen des Menschen aus.

Für die psychiatrische Pflege können wir ableiten, dass man einem Patienten zuerst einen Rahmen bieten muss, in dem er sich geborgen und sicher fühlt, in welchem er sich zugehörig zu einer Gruppe fühlt (Vertrauen hat zu den Gruppenmitgliedern, zu den ihn betreuenden Personen). Zudem muss der Patient Anerkennung im Sinne der Wertschätzung seiner Person spüren. Erst die Zufriedenstellung aller dieser »unteren« Bedürfnisse ermöglicht es ihm, sich dem Bereich Selbstverwirklichung anzunähern, sich in einer Therapie beispielsweise auf Fragen der Persönlichkeitsentwicklung einzulassen.

Motivation kann außerdem nicht nur aus einer Person heraus entstehen, sondern auch von außen gesteuert werden. Man spricht von *intrinsischer* und *extrinsischer Motivation*. Intrinsisch motiviert sein bedeutet von innen her motiviert sein, extrinsisch heißt von außen her. Motivatoren von außen können z. B. Geld sein oder geschaffene Anreize, wie Besuche von Angehörigen oder auch Ausgang aus dem Krankenhaus.

Praxisbox

Bei der Motivationsarbeit mit Patienten ist zu beachten:

- Motivationsarbeit ist in allen Therapiephasen notwendig.
- Es wird ein konstruktives, vertrauensvolles Arbeitsbündnis benötigt.
- Es sollten konkrete und kleine (erreichbare) Veränderungsziele definiert werden.
- Abwehrhaltung im Sinne einer Angst des Patienten vor bedrohlicher Veränderung muss akzeptiert werden.
- Bezugspersonen sollten einbezogen werden.
- Weitere Kontakte sollten angeboten werden, auch wenn momentan keine Hilfe angenommen wird.

Die Motivation zur Veränderung baut sich schrittweise auf und ist von Unsicherheiten und Ambivalenzen gekennzeichnet. Es gibt immer Gründe, warum alles so bleiben sollte wie es ist, und Gründe, die Veränderung notwendig machen. Prochaska und DiClimente (1982) haben umfangreich untersucht, was Menschen motiviert und wie sie es schaffen, sich aus einer Abhängigkeit, z. B. Alkoholabhängigkeit, zu befreien. Es sind *sechs Stadien*, durch die man auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung hindurchgeht.

Zunächst werden Probleme nicht wahrgenommen und geleugnet, auch wenn sie für andere offensichtlich sind. Die Betreffenden bestehen darauf, dass ihr Verhalten akzeptabel ist. Zum Beispiel werden Menschen mit Alkoholproblemen oder mit einer Nikotinabhängigkeit in dieser Phase glauben, dass sie jederzeit mit dem Trinken oder Rauchen aufhören könnten, jedoch keine Notwendigkeit dazu sehen.

Im nächsten Schritt wird anerkannt, dass eine Änderung des Verhaltens vielleicht notwendig wäre. Oft sind die Betreffenden aber mutlos, weil Versuche in der Vergangenheit fehlschlugen. Das Trinkverhalten wird vielleicht als problematisch erkannt, erste medizinische Untersuchungen bringen alarmierende Ergebnisse.

Erst im nächsten Schritt werden Vorbereitungen getroffen für eine Veränderung. Eine Vorbereitung kann auch nur gedanklicher Art sein, wenn Raucher z. B. überlegen, an einem bestimmten Tag, z. B. einem Geburtstag, mit dem Rauchen aufzuhören. Erst wenn genug innerliche Bereitschaft und äußere Unterstützung gesammelt sind, wird der Plan tatsächlich in die Tat umgesetzt.

Die schwierigste Aufgabe ist jedoch, das neue Verhalten beizubehalten. In dieser Phase ist Rückfallprophylaxe besonders wichtig. Oft ist ein Rückfall unausweichlich, sodass der *Kreislauf des Nachdenkens über Veränderung, der Entscheidung, der ersten Vorbereitungen, der Veränderung und der Beibehaltung des neuen Verhaltens* erneut einsetzt.

Dieser Kreislauf zeigt, dass die Motivation zur Veränderung in einem Prozess entsteht und nicht einfach existiert oder nicht existiert. Das Modell ist für das Beispiel Rauchentwöhnung von Prochaska, Norcross u. DiClemente 1997 deutsch erschienen. Aufbauend auf den Stadien der Veränderung kann man speziell motivierend mit Klienten umgehen, eine Technik, die *motivierende Gesprächsführung* genannt wird. Wir verweisen hierbei auf die Literatur von Miller u. Rollnick (2005). Ziel ist es, den Klienten in den verschiedenen Stadien angemessen zu unterstützen.

9.1.2 Emotion

Die wichtigsten Erfahrungen im Leben sind emotional gefärbt, z. B. wenn wir uns verlieben – enttäuscht oder verzweifelt sind bei Zurückweisung – Freude und Überraschung empfinden über etwas Neues oder einen Erfolg. In der Psychologie stand lange Zeit die Erforschung unseres Verhaltens im Vordergrund, bevor unserem Denken und schließlich unserem Fühlen mehr Beachtung geschenkt wurde.

Gefühle können uns manchmal überwältigen. Wir haben keine Kontrolle über sie, sie kommen auch ungelegen, wenn wir sie nicht erwarten oder nicht wollen. Wir sind zu Tränen gerührt oder gelähmt vor Angst. Gefühle können angenehm sein (z. B. Freude) oder unangenehm (z. B. Ekel). Sie sind von körperlichen Reaktionen begleitet. Wenn wir uns freuen, spüren wir vielleicht, wie unser Herz schneller schlägt. Manchmal spüren wir auch nur etwas Körperliches, z. B. einen Kloß im Hals, ein komisches Gefühl im Bauch oder eine Unruhe, die den ganzen Körper erfasst.

Emotionen lassen sich auf 3 Ebenen beschreiben (Izard, 1999):

- auf der Ebene des Erlebens (Gefühle und Affekte),
- der Ebene des Ausdrucks (Mimik und beobachtbares Verhalten),
- der Ebene des körperlichen Zustandes (biologische und organische Prozesse).

Wenn wir uns ängstlich fühlen, sind wir vielleicht angespannt, nervös, fühlen uns bedroht oder eingeschüchtert. Die Muskeln sind angespannt, wir haben einen ängstlichen Gesichtsausdruck. Gefühle kommunizieren damit auch für andere, wie es uns geht. Sie sind wichtig für unser soziales Zusammenleben. Wir überprüfen, ob unser Gegenüber uns mag oder ablehnt, uns versteht oder mit den Gedanken nicht bei uns ist, ärgerlich oder wohlwollend ist. Ärger ist z. B. die Emotion, die vom Gegenüber am schnellsten erkannt wird, weil sie das soziale Zusammenleben am nachhaltigsten gefährden kann und unter Umständen Gefahr signalisiert. Der Ausdruck und das Erleben von Gefühlen sind sozial und kulturell gefärbt und können sich auch zwischen Männern und Frauen unterscheiden. *Grundemotionen,* wie Freude, Ekel, Wut, Überraschung und Trauer werden überall auf der Welt, z. B. anhand unseres Gesichtsausdrucks, erkannt (Ekman, 1973).

Jede Emotion ist eine Handlungstendenz und damit eine Bewertung der Situation. Angst signalisiert, dass wir aufpassen, bereit zur Flucht sind, etwas als bedrohlich einschätzen. Solche emotionalen Bewertungen laufen unmittelbarer ab als unser Denken. Oftmals ist die gefühlsmäßige Reaktion schneller, bevor wir überhaupt einen klaren Gedanken fassen. Das liegt unter anderem daran, dass Hirnregionen aktiviert sind, hier z. B. die Amygdala, die unabhängig vom Kortex reagieren. Das Ge-

fühl steuert dann quasi die Handlungen, bevor der Verstand es tut. Das ist biologisch wichtig. Wenn wir im Wald einen Stock versehentlich als Schlange wahrnehmen, spüren wir Angst und sind zur Flucht bereit. Das passiert automatisch und sehr schnell. Diese emotionale Reaktion ist notwendig für unser Überleben. Wenn es sich tatsächlich um eine Schlange handelt, ist es sinnvoller, schnell zu reagieren als stehen zu bleiben und die Gefahr abzuwägen (LeDoux, 2001). Es gibt eine Fülle beeindruckender Informationen über die neurobiologischen Grundlagen unseres Fühlens und wir verweisen den interessierten Leser auf die Literatur (z. B. Damasio, 2002).

Emotionen sind weiterhin Informationen darüber, was wir brauchen. Wenn wir uns ängstlich fühlen, brauchen wir vielleicht Sicherheit, Trost, Zuspruch oder Beruhigung.

Emotionen sind Informationen darüber, was wir brauchen. Sie sind eine unmittelbare Bewertung einer Situation im Hinblick auf unsere Bedürfnisse.

Für den pflegerischen Alltag bedeutet das, dass Gefühle nicht übergangen werden dürfen. Dies betrifft die eigenen ebenso wie die des Patienten. Ähnlich wie wir unsere Beobachtungsfähigkeit allgemein schulen können, können wir auch unsere Fähigkeit schulen, Gefühle wahrzunehmen, sie auszudrücken und mit ihnen umzugehen. Diese Fähigkeiten wurden auch als *emotionale Intelligenz* beschrieben. Es kann also weder darum gehen, Gefühle blind auszuleben, noch sollten wir um eine kühle Fassade und die Kontrolle unserer Emotionalität bemüht sein. Vielmehr geht es darum, Gefühle zu bemerken und die Signale zu verstehen, welche uns Gefühle geben.

Praxisbox

Im Umgang mit Patienten kann es besonders wichtig sein, auf die Bedürfnisse zu achten, die durch die Gefühle offenbar werden. Braucht ein Patient Ruhe oder Anregung, mehr oder weniger Zuwendung, Kontakte oder Rückzugsmöglichkeiten? Brauche ich mehr Abstand? Macht mich etwas ärgerlich und wenn ja, was ist es?

Die eigenen Gefühle und die anderer wahrzunehmen, zu differenzieren, auszudrücken und als leitend für unser Handeln zu nutzen, ist eine komplexe Aufgabe. Es ist daher nicht verwunderlich, dass das Interesse an unseren Emotionen und ihrer Rolle für unsere Gesundheit und unser Zusammenleben wächst. In der Psychotherapie sind es vor allem die humanistischen Ansätze, die mit diesem Wissen arbeiten.

9.1.3 Persönlichkeit

Wohl kein anderer Bereich der Psychologie bekommt soviel öffentliche Aufmerksamkeit wie die Frage nach dem »wer bin ich?«. Fast jede Zeitschrift bietet die Möglichkeit, sich anhand eines »Persönlichkeitstestes« einzuschätzen. Bei der Wahrnehmung und Beurteilung von uns selbst und anderen, greifen wir auf Beschreibungen und Typologien zurück. Wir schätzen z. B. Intelligenz und Persönlichkeit ein. *Persönlichkeit* bezeichnet in der Psychologie die Gesamtheit der Eigenschaften eines Menschen, die relativ zeitstabil sind. Zum Beispiel unterscheiden sich Menschen darin, wie viel Anregung sie als angenehm erleben und brauchen, ob sie z. B. eher introvertiert oder extrovertiert sind.

Persönlichkeit ist die Gesamtheit der Eigenschaften eines Menschen.

Es gibt eine Reihe von Fragebögen, mit denen man diese Unterschiede erfassen kann. In einem der bekanntesten werden folgende 5 Bereiche genannt (McCrae u. Costa, 1987):

- *Extraversion*: Menschen unterscheiden sich darin, ob sie eher laut oder still, gesprächig oder zurückgezogen, spontan oder gehemmt sind.
- *Neurotizismus*: Menschen unterscheiden sich darin, inwiefern sie sich Sorgen machen und verletzbar sind oder in sich ruhen.
- *Offenheit für Erfahrungen*: Menschen unterscheiden sich darin, ob sie eher traditionsverbunden oder neugierig auf Neues sind.
- *Gewissenhaftigkeit*: Menschen unterscheiden sich darin, ob sie eher zuverlässig oder nachlässig sind.
- *Verträglichkeit*: Menschen unterscheiden sich darin, ob sie sich leicht in soziale Gruppen einfügen können und die Wünsche anderer respektieren oder egoistisch und mit wenig Takt ihr soziales Leben gestalten.

Praxisbox

Wichtig für den pflegerischen Alltag ist es, die Unterschiede zwischen Menschen und ihre Individualität anzuerkennen und zu respektieren; neugierig zu sein auf die Besonderheiten des Einzelnen, seine Talente und Vorlieben.

9.1.4 Entwicklung

Die *Entwicklungspsychologie* bezieht sich auf Veränderungen im Laufe der Lebensspanne. Können Sie sich an ihren ersten Schritt erinnern oder daran, wie Sie Fahrrad fahren lernten? Der Mensch vollzieht viele Entwicklungsschritte, nicht nur im Bereich der Motorik. Andere entwicklungspsychologisch interessante Themen sind Wahrnehmung, **Lernen**, Denken, Sprache, **Motivation**, **Gedächtnis**. Erforscht wird dabei nicht nur, wann welche Entwicklungsaufgabe im Durchschnitt von einem Mensch in Angriff genommen wird, sondern auch, wie die Entwicklung sich vollzieht, was Entwicklung erleichtert oder hemmt.

Die Entwicklungspsychologie umfasst alle Lebensphasen. Von besonderem Interesse waren anfangs eher das Kleinkind-, Kinder- und Jugendalter. Hier geschehen die eindrucksvollsten Entwicklungen in einem vergleichsweise hohen Tempo. Später rückten zunehmend auch das Erwachsenenalter und gerontopsychologische Themen in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

Wichtige entwicklungspsychologische Beiträge wurden z. B. von Charlotte Bühler (1893–1974), Sigmund Freud (1856–1939), Erik Erikson (1902–1994) und Jean Piaget (1896–1980) geliefert. Dem interessierten Leser empfehlen wir detaillierte Lehrbücher zur Entwicklungspsychologie (z. B. Oerter u. Montada, 2002).

Die Entwicklungspsychologie setzt sich auch mit der Frage auseinander, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten genetisch oder durch die Umwelt bedingt sind. Jenseits der Entwicklungsvoraussetzungen die jeder Mensch anlagebedingt schon hat, gibt es doch einen beträchtlichen Spielraum, den die Umwelt gestaltet.

Was also brauchen Menschen um sich entwickeln zu können?:

- relativ verlässliche, stabile Beziehungen, im Kindesalter betrifft dies hauptsächlich die primären Bezugspersonen,
- Austausch mit der Umwelt und das Erfahren von Möglichkeiten und Grenzen,
- sich ausprobieren können,
- die Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Person.

Die Entwicklungspsychologie beschreibt die psychische Entwicklung des Menschen über die gesamte Lebensspanne.

9.1.5 Lernen

In der Psychologie spricht man von *Lernen*, wenn Erfahrungen zu relativ dauerhaften Veränderungen im Wissen, dem Verhalten oder auch in den Überzeugungen einer Person führen. So lernt man das Lesen oder sich in verschiedenen Situationen sozial angemessen zu verhalten. Ebenso kann man die Überzeugung und Einstellung erlernen, von sich positiv zu denken. Lernprozesse spielen in vielen Kontexten eine Rolle. Man unterscheidet verschiedene Varianten des Lernens. Dazu gehören unter anderem das **klassische** und **operante Konditionieren** sowie das **Modelllernen**.

Klassisches Konditionieren

Das klassische Konditionieren wurde besonders durch Iwan Pawlow (1849–1936) bekannt. Im Experiment zeigte Pawlow, dass ein Hund, wenn man ihm Futter anbietet und gleichzeitig immer eine Glocke dazu läutet, der Hund nach einer gewissen Zeit schon Speichelfluss allein auf das Ertönen der Glocke hin zeigt, ohne dass der Hund das Futter sieht. *Klassisches Konditionieren* heißt zu lernen, dass einem Reiz ein nächster folgen wird.

Klassische Konditionierung kann z. B. bei der Entwicklung von Angstzuständen eine Rolle spielen. Hat ein Patient bei medizinischen Behandlungen immer wieder Angst gespürt, wird er irgendwann diese Angst schon wahrnehmen, wenn er nur eine Person im weißen Kittel sieht. Der eigentlich neutrale Reiz (weißer Kittel) wurde mit der Angstreaktion in Verbindung gebracht und reicht jetzt als Auslöser der Angstreaktion aus.

Operantes Konditionieren

Burrhus Frederic Skinner (1904–1990) wurde durch seine Untersuchungen zum operanten Konditionieren berühmt. Skinner wollte die Veränderung von Verhalten erklären und ermöglichen. Beim *operanten Konditionieren* wird ein bestimmtes Verhalten einer Person belohnt und daher verstärkt, d. h., es tritt häufiger und mit höherer Wahrscheinlichkeit auf. Die Häufigkeit eines Verhaltens wird durch Belohnung gesteigert.

Man kann verschiedene *positive Verstärker* unterscheiden:

- gegenständliches Belohnung (z. B. Geld, Essen),
- Zuwendung (z. B. Aufmerksamkeit, Teilnahme an Gruppenveranstaltungen),
- Selbstverstärker (angenehme Gefühle, Selbstlob).

Verstärkend kann auch wirken, dass eine erwartete negative Reaktion nicht erfolgt (*negative Verstärkung*).

Modelllernen

In der Tradition der Lerntheorien wies Albert Bandura (geboren 1925) eine weitere Form des Lernens nach: das *Modelllernen*. Er stellte heraus, dass zusätzlich zum Lernen aus eigener Erfahrung auch das Lernen durch Beobachtung (am Modell) wirksam ist. So finden beispielsweise Kinder oder Jugendliche die Geschlechtsrollenidentität durch das Beobachten des Verhaltens von Männern und Frauen in der Gesellschaft. Kinder, die viele aggressive Vorbilder haben, zeigen viele nachgeahmte aggressive Reaktionen.

Das Modelllernen ist besonders effizient, wenn:

- das Modell als sympathisch und attraktiv wahrgenommen wird,
- sich der Beobachter als dem Modell ähnlich erlebt (sich mit ihm identifizieren kann),
- das Verhalten des Modells gut wahrnehmbar ist (sich gut von anderen Modellen abgrenzen lässt),
- beobachtet werden kann, dass das Modell für sein Verhalten belohnt wird.

Die verschiedenen Formen des Lernens im Sinne einer Verhaltensänderung finden besonders im Rahmen einer Verhaltenstherapie Anwendung.

9.1.6 Gedächtnis

Unter *Gedächtnis* versteht man die Fähigkeit des Menschen, Informationen aufzunehmen, zu speichern und wiederzugeben. Dies sind komplexe Prozesse, die noch nicht vollständig erforscht sind. Die Stärke unseres Gedächtnisses liegt nicht nur in der Fähigkeit, etwas zu speichern. Es kann Informationen auch miteinander verknüpfen und es ermöglicht uns, neue Situationen schnell zu bewältigen, indem es wie ein Filter Wichtiges von Unwichtigem unterscheidet. Zudem ist dafür gesorgt, dass wir unbrauchbare Informationen wieder vergessen.

Speicherorte für Gedächtnisinhalte sind weit über das Gehirn verteilt. Die Gedächtnisprozesse finden in Netzwerken statt und je nach Inhalt und Art der Information werden unterschiedliche Strukturen aktiviert, um die Informationen zu speichern und zu verarbeiten.

Wir benutzen das Gedächtnis auf verschiedene Weise: zum einen müssen neue Informationen (z. B. ein Satz) verstanden (encodiert) werden, d. h., es muss im (Langzeit-)Gedächtnis nach dessen Bedeutung gesucht werden. Zum anderen müssen wir eine Reihe von Informationen ständig im Arbeitsgedächtnis verfügbar haben, um Verknüpfungen (Assoziationen) zwischen den aufeinander folgenden Informationen herzustellen. Dabei spielen Emotionen eine bedeutende Rolle. Sowohl das Speichern als auch das Abrufen von Informationen sind emotional gefärbt. Wenn wir z. B. trauriger Stimmung sind, erinnern wir mehr traurige Ereignisse in unserem Leben als in freudiger Stimmung.

Man kann das Gedächtnis auf einer zeitlichen Dimension zwischen dem **Kurzzeitgedächtnis** und dem **Langzeitgedächtnis** unterscheiden. Das Kurzzeitgedächtnis (Arbeitsgedächtnis) ist die Verbindung zwischen aktuell ablaufenden Wahrnehmungsprozessen und dem Langzeitgedächtnis. Im Kurzzeitgedächtnis können 7 (±2) Inhalte gespeichert werden, also ungefähr die Länge einer Telefonnummer. Wenn Sie das nächste Mal eine Liste mit Namen lesen und dann versuchen, die Namen zu wiederholen, so werden es wahrscheinlich zwischen fünf und neun sein, die Sie sofort erinnern.

Das Gedächtnis kann man nicht nur zeitlich unterscheiden, sondern auch nach inhaltlich abgrenzbaren Bereichen.

Das *prozedurale Gedächtnis* steht für Routinehandlungen, die hochgradig automatisiert ablaufen (z. B. das Schalten beim Autofahren, sich im Gespräch nebenbei eine Krawatte binden, Radfahren). Die Verhaltensweisen sind sprachlich schwer zu beschreiben, können jedoch ohne wesentliche Aufmerksamkeit abgerufen werden.

Priming bezeichnet Prozesse, bei denen ein System durch äußere oder innere Anlässe in erhöhte Funktionsbereitschaft versetzt wird. Es werden z. B. Erinnerungen aktiviert, die in die gleiche Bedeutungskategorie fallen wie eine auslösende Information. So steht uns beispielsweise nachdem das Wort »Arzt« gesprochen wurde, das Wort »Medizin« schneller zur Verfügung als das Wort »Regentonne«, da »Arzt« und »Medizin« in die gleiche Bedeutungskategorie fallen. Priming ist die kurzzeitige Aktivierung von Konzepten für die Verwirklichung nachfolgender Ereignisse. Priming kann als eine Art Vorbereitung verstanden werden, die das Gedächtnis automatisch, ohne unsere bewusste Entscheidung vornimmt.

Das *perzeptuelle Gedächtnis* ist für Familiaritäts- und Bekanntheitsurteile zuständig. Dieses Gedächtnis sortiert nur in bekannt und unbekannt. Hier werden Objekte und Geräusche aufgrund ihrer Wahrnehmungsmerkmale erkannt. Es entstehen Vertrautheit und Bekanntheit. Erkennen im Sinne von Verstehen ist dazu nicht notwendig.

Das *semantische Gedächtnis*, das sog. Wissenssystem, beinhaltet Sachverhalte und Fakten aus dem Bereich des Allgemein- und Fachwissens. Um eine der populären Ratesendungen zu gewinnen, müssten wir uns unter anderem auf unser semantisches Gedächtnis verlassen.

Das *episodische oder autobiographische Gedächtnis* steht für biographische Ereignisse und weitere Gedächtnisinhalte, die auf bestimmte Lebensereignisse bezogen sind (z. B. der erste Kuss). Dieses System ist immer an Bewusstsein und Selbstreflexion und meist auch an emotionale Inhalte gekoppelt.

Funktionen des Gedächtnisses sind das Encodieren (Einfügen, Aufnehmen von Eindrücken) das Behalten und die Wiedergabe. Gedächtnisprozesse finden in Netzwerken statt, an denen auch Emotionen beteiligt sind.

9.1.7 Soziale Prozesse

Motivation, Emotion, Persönlichkeit, Entwicklung, Lernen und Gedächtnis können durch andere Menschen beeinflusst werden. Wir werden motiviert oder demotiviert durch andere, fühlen uns in ihrer Anwesenheit wohl oder unwohl. Wir vergleichen uns mit anderen und formen ein Bild von uns selbst im Kontakt mit anderen. Wir entwickeln uns und lernen durch Vorbilder oder Rückmeldung von Familie, Freunden und Lehrern. Wir teilen gemeinsame Erinnerungen. Wir leben unser Leben in sozialen Zusammenhängen. Der Teilbereich der Psychologie, der sich mit diesen Themen beschäftigt, ist die *Sozialpsychologie*. Für die psychiatrische Gesundheit- und Krankenpflege ist das Verständnis sozialer Prozesse besonders wichtig. Wir wollen uns vor allem zwei Bereichen zuwenden: der *sozialen Wahrnehmung* und *Attributionsprozessen*. Mit sozialer Wahrnehmung ist gemeint, wie wir andere Menschen einschätzen, Vorurteile bilden, uns von ihnen angezogen oder abgestoßen fühlen. Attributionsprozesse beschreiben, wie wir unsere eigenen Reaktionen und das Verhalten anderer Menschen erklären.

Soziale Wahrnehmung

Wenn wir einen anderen Menschen wahrnehmen, so sehen wir zunächst nur sein Äußeres. Wir versuchen, von seiner Kleidung, seiner Haltung, seiner Stimme oder Wortwahl Rückschlüsse auf seine Person zu treffen. Gleichzeitig schätzen wir unsere eigene Reaktion auf diese Wahrnehmung ein. Ist uns dieser Mensch sympathisch oder weniger sympathisch? Diese Bewertungen laufen sehr schnell ab und sind meist nicht bewusst. Wir greifen hierbei auf sog. Schemata zurück.

Schemata sind Annahmen über Menschen oder Ereignisse, die die Verarbeitung von Informationen beeinflussen.

Sie haben den Vorteil, unsere Wahrnehmung zu beschleunigen und zu reduzieren. Gleichzeitig können sie aber zu Fehleinschätzungen beitragen, z. B. bei einem Vorurteil. Zum Beispiel haben wir die Tendenz, attraktiven Menschen bestimmte Persönlichkeitseigenschaften zuzuschreiben. Wir glauben, dass sie freundlicher, warmherziger, geselliger, aber auch erfolgreicher und kompetenter sind als weniger

attraktive Menschen. Man nimmt an, dass die Medien eine Rolle spielen dabei, dass sich ein solches Vorurteil bildet. Zeigen sie uns doch, dass Erfolg und gutes Aussehen Hand in Hand zu gehen scheinen.

Typische Schemata werden in Begriffen deutlich, mit denen wir eine ganze Reihe von Eigenschaften verbinden. Überlegen Sie einmal, wie Sie sich eine Person vorstellen, die Sie z. B. als »Karrierefrau« beschreiben würden? Was für eine Person haben Sie vor Augen, wenn Sie sich diese einmal als »Künstler«, dann als »Manager« vorstellen? Ein Künstler wäre vielleicht leger gekleidet, schläft morgens lange, geht abends spät ins Bett, ist unkonventionell, spielt Schach in einer Kneipe und hat wenig Geld. Einen Manager hingegen sehen Sie vielleicht im Anzug mit Aktentasche, der am Abend in teuren Restaurants exklusive Menüs bestellt. Assoziationen dieser Art nennen wir *Stereotyp*.

Ein Stereotyp ist die Überzeugung, dass Menschen bestimmte Charakteristika haben, je nachdem welcher Gruppe sie angehören.

Gruppen können beruflicher Art sein (z. B. Manager vs. Künstler) oder das Alter betreffen (Teenager vs. Greis). Auch nach Geschlecht (Frauen können nicht einparken, Männer nicht zuhören) und Nationalität (Deutsche haben keinen Humor) entstehen Stereotype. Stereotype können unsere Wahrnehmung und unser Handeln lenken. Sie führen zu bestimmten Erwartungen. Weiblichkeit ist z. B. verbunden mit Begriffen wie Emotionalität und Unterordnung, Männlichkeit mit Rationalität und Aktivität. Alter ist assoziiert mit Vergesslichkeit, Jugend mit Rebellion. Läuft unsere Wahrnehmung und unser Denken in diesen Kategorien ab, dann haben wir wenig Chancen, die Individualität des anderen zu sehen. Wir sehen dann z. B. nicht, dass der Manager vielleicht abends in einer Rockband spielt oder zu Hause in der Küche putzt. Der Einzelne ist vielschichtiger als es der Stereotyp erlaubt, wahrzunehmen.

Praxisbox

Wichtig im Umgang mit Menschen ist es, offen zu sein, für Nuancen und Überraschungen und dafür, die eigenen Wahrnehmungen immer wieder zu überprüfen.

Attributionsprozesse

Attributionsprozesse sind in der psychiatrischen Pflege beispielsweise für das Verständnis wichtig, wie der Einzelne Erfolg oder Misserfolg seiner Behandlung wahrnimmt. Attribuieren bedeutet, etwas zuschreiben. Fritz Heider (1958) erklärte, wie Menschen solche Zuschreibungen treffen. Er unterschied zwei grundsätzliche Möglichkeiten. Menschen sehen die Ursache ihres Verhaltens entweder in ihrer eigenen Person begründet (z. B.: »Ich habe die Prüfung bestanden, weil ich kompetent bin«) oder sie führen etwas auf äußere Faktoren zurück (z. B. »Ich habe die Prüfung bestanden, weil ich leichte Aufgaben bekommen habe«).

***Internale Attributionen* erklären Verhalten von innen heraus, also durch persönliche Eigenschaften, Fähigkeiten und Gefühle. *Externale Attributionen* erklären Verhalten durch äußere Faktoren, wie Anforderungen der Situation und Umgebungsfaktoren.**

Diese Attributionen sind jedoch oft fehlerhaft, da wir die tatsächlichen Ursachen eines Ereignisses oder eines Verhaltens nicht kennen. Wie bei der sozialen Wahrnehmung funktionieren wir auch hier nach dem Prinzip der Sparsamkeit. Wir reduzieren Komplexität. Ein fundamentaler Irrtum ist z. B., dass wir das Verhalten anderer Menschen häufig mit ihren Fähigkeiten und Wünschen erklären. Wir glauben, dass andere so handeln, weil sie es so können und wollen (internal). Unser eigenes Verhalten erklären wir hingegen oft mit äußeren Umständen (external). Die internale Attribution ist oftmals auch die einfachere. Es ist leicht anzunehmen, jemand handelt so, weil er so ist. Um die Faktoren in der Umwelt zu sehen, die zu seinem Handeln führen, müssen wir genauer hinschauen. Externale Attributionen brauchen also mehr Aufmerksamkeit und Interesse.

Man hat weiterhin gefunden, dass innere und äußere Bedingungen als stabil oder veränderlich wahrgenommen werden können. Hat man eine Prüfung nicht bestanden, kann man sich z. B. als generell inkompetent und wenig intelligent wahrnehmen (internal, stabil). Man kann meinen, wenig vorbereitet zu sein für genau die Prüfungsthemen, die erfragt wurden (internal, veränderbar). Auch äußere Einflüsse können als stabil oder veränderlich gesehen

werden. Am Prüfungstag kann man einfach nur Pech gehabt haben (external, veränderbar). Man bekommt immer die schwersten Aufgaben (external, stabil).

Wie man bestimmten Ereignissen und Verhalten Ursachen zuschreibt (attribuiert), hängt auch mit psychischer Gesundheit zusammen. Internale, stabile negative Muster sind z. B. mit Depressivität verbunden. Ein depressiver »Stil« ist beispielsweise, Erfolg external (Glück und Umstände) und Misserfolg internal (ich bin nicht gut genug) zu erklären. Der Mensch glaubt dann, dass sich Gutes einfach ereignet und er darauf keinen Einfluss hat. Schlechtes hingegen ist sein Verschulden. Wenn er sich aber für die Misserfolge verantwortlich fühlt, nicht aber für die Erfolge, entsteht ein verzerrtes Bild von den eigenen Fähigkeiten und der eigenen Person. Im psychiatrischen Alltag ist es wichtig, auf solche Muster aufmerksam zu werden. Wir können das Selbstwertgefühl eines Menschen z. B. unterstützen, wenn wir ihm helfen, seine Stärken und seine Verantwortung realistischer wahrzunehmen.

Praxisbox

Das Wissen um Attributionsprozesse kann uns sensibler machen für vorschnelle Urteile und einseitige Wahrnehmung.

Ausgestattet mit einigen psychologischen Grundbegriffen, wollen wir uns nun Problemen der Beurteilung und Diagnostik zuwenden.

9.2 Urteilsbildung und diagnostische Einschätzungen

Zur Beurteilung von Patienten und Klienten nutzt man verschiedene diagnostische Verfahren. Warum eigentlich verlässt man sich nicht ausschließlich auf die »natürliche Menschenkenntnis«? Die Einschätzung anderer Menschen unterliegt Verzerrungen und Fehlern. Einige dieser Fehlerquellen, was sie bewirken und wie wir mit ihnen umgehen können, wollen wir im Folgenden vorstellen.

Urteile und Wahrnehmungen unterliegen Verzerrungen und Fehlern.

9.2.1 Urteilsfehler und ihre Auswirkungen

Halo-Effekt

Eine Eigenschaft wird als so dominant wahrgenommen, dass sie auf alle anderen Eigenschaften überstrahlt. Leicht schreiben wir jemandem Erfolg in jeder Hinsicht zu, wenn wir ihn in einem Bereich als erfolgreich erleben. Beispielsweise könnte man annehmen, dass ein beruflich erfolgreicher Mann natürlich auch in allen anderen Lebensbereichen erfolgreich und glücklich sei.

Vorurteilseffekt (Rosenhan-Effekt)

Stereotype Beschreibungen bleiben oft erhalten, auch wenn neue gegenteilige Informationen vorliegen. Der Effekt ist nach einer Untersuchung von Rosenhan benannt. Er ließ gesunde Personen verschiedene psychische Störungen simulieren, sodass sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurden. Sobald sie dort waren, verhielten sie sich vollkommen »normal«. Ihre Diagnose führte jedoch dazu, dass alle ihre Verhaltensweisen im Lichte ihrer psychischen Störung gesehen wurden. Sie wurden nicht sofort entlassen.

Positionseffekte: Primacy- und Recency-Effekt

Aus der Analyse von Gedächtnisleistungen bezüglich des Erinnerns von Zahlenreihen gewann man die Erkenntnis, dass Versuchspersonen sich die jeweils erste und letzte Zahl einer vorgegebenen Reihe besser merken konnten. So kann man sich auch von Personen, welche nacheinander vorgestellt werden, die erste und letzte Person mit höherer Wahrscheinlichkeit einprägen.

Unangemessene Kausalattribuierung

Wir neigen dazu, Dinge und Eigenschaften nicht nur zu bezeichnen, sondern zu erklären und zu bewerten. Beispielsweise wäre die Bezeichnung für ein schreiendes Baby zunächst »schreiendes Baby«. Wir tendieren jedoch dazu, eine Ursache zuzuschreiben und sprechen vielleicht von einem »hungrigen Baby« (Erklären). Manchmal meinen wir in einem schreienden Baby bereits ein »schwieriges Baby« zu erkennen (Bewerten). Es ist wichtig, bei der Beschreibung von Verhalten auf der Verhaltensebene zu bezeichnen und nicht Ursachen zu benennen (zu

erklären) oder Urteile zu fällen (zu bewerten). Auf diese Weise hält man sich den Blick offen für mögliche andere relevante Zusammenhänge. Das Baby in unserem Beispiel könnte aus vielen Gründen schreien.

Pygmalion-Effekt

Einst lebte ein König auf Zypern, der Pygmalion hieß und als begnadeter Künstler eine Statue einer wunderschönen Frau aus Elfenbein schuf. So verliebt war der Künstler in sein Werk, dass die Göttin Aphrodite ein Einsehen hatte und die Elfenbeinjungfrau zum Leben erweckte. Die Mythologie beschreibt, dass unsere Vorstellungen von anderen Menschen und ihren Eigenschaften so stark sein können, dass genau diese Eigenschaften entstehen und lebendig werden. Wir machen uns also nicht nur ein Bild vom anderen, dieses Bild formt ihn auch. Ein vom Klinikpersonal als schwer gestört eingeschätzter Patient wird mit größerer Wahrscheinlichkeit als verhaltensauffällig wahrgenommen, wenn es zu dem Bild passt, das man bereits von ihm hat. Wenn wir andererseits ein positiveres Bild wünschen, müssen wir auch dem positiven Bild in unserer Vorstellung Raum geben (z. B., indem auf die Ressourcen des Patienten geschaut wird). Der Pygmalion-Effekt ist ähnlich der »self-fulfilling-prophecy« (selbsterfüllende Prophezeiung), die beschreibt, dass Menschen ein bestimmtes Verhalten wahrscheinlicher zeigen, wenn man es von ihnen erwartet.

9.2.2 Umgang mit Urteilsfehlern

Nun ist kein Mensch frei von diesen Urteilsfehlern. Mit dem Wissen darum wird man jedoch bewusster wahrnehmen. Das bedeutet, immer wieder innezuhalten und über eingeschliffene Denkmuster und Erklärungen zu reflektieren. Reflektion jedoch ist immer auch ein Weg der Selbsterkenntnis. So ist die Fähigkeit, andere wahrzunehmen eng verbunden mit der Fähigkeit, sich selbst wahrzunehmen und mit der Reife und Lebenserfahrung, die ein Mensch in sich findet. Beobachtungsfähigkeit ist in gewissem Maße auch gezielt trainierbar. Hierfür haben sich Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen bewährt.

Bewusste Wahrnehmung ist trainierbar und an Selbsterfahrung und Selbstreflexion gebunden.

Neben dieser allgemeinen Schulung der Beobachtungsfähigkeit des Einzelnen gibt es Methoden, die die oben genannten Fehlerquellen möglichst gering halten. Hierzu zählen systematische Beobachtungssysteme und die psychologische (Test-)Diagnostik.

Die erste Frage jeder diagnostischen Einschätzung bezieht sich auf die Datenquelle. Wo kann ich Informationen bezüglich eines Klienten erhalten? Auskunft kann man von Klienten selbst, aber auch über Dritte, so z. B. Angehörige, andere Helfer (Therapeuten, Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter) erfragen. Man sollte auch an andere nichtprofessionelle Bezugspersonen denken, die nicht zur Familie des Klienten gehören (z. B. Nachbarn). Auch das Einbeziehen von Dokumenten kann wichtige Informationen liefern. Dazu gehören nicht nur formelle Schreiben, wie Pflegeberichte und Krankenakten. Mit dem Einverständnis der Klienten kann man auch deren Tagebücher oder Briefe als Informationsquelle nutzen.

Zugleich können Informationen auf verschiedene Arten gewonnen werden. In der psychiatrischen Pflege sind dabei die Verhaltensbeobachtung, das Gespräch und die Anwendung von speziell für den Pflegebereich konzipierten Fragebögen und Beurteilungsskalen von Interesse. Zu den Basisqualifikationen zählen jedoch immer Techniken der Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung. Es muss in jedem Falle erst eine Situation geschaffen werden, in welcher der andere bereit ist, von sich Auskunft zu geben – auch, wenn er »nur« einen Fragebogen ausfüllt.

Die standardisierte Erhebung mittels diagnostischer Verfahren ist an *Gütekriterien* gebunden:

- **Objektivität**,
- **Reliabilität**,
- **Validität**.

Die erhobenen Daten sind in diesem Verständnis unabhängig von demjenigen, der sie erhebt (Objektivität), sind bei wiederholter Erhebung nicht verzerrt (Reliabilität) und erfassen das, was sie zu erfassen vorgeben (Validität). Bezüglich einer detaillier-

teren Erläuterung verweisen wir auf die Literatur (z. B. Bourne u. Ekstrand, 2001).

Mit systematischer Beobachtung oder der Anwendung von standardisierten diagnostischen Verfahren lassen sich Beurteilungsfehler verringern.

9.3 Psychologische Grundlagen des Handelns in pflegerischen Arbeitsfeldern

Psychiatrische Pflege ist vorrangig Beziehungsarbeit. Man braucht dazu vielfältiges Fachwissen, wie z. B. das Wissen um menschliche Verhaltensweisen, Erkrankungen und Möglichkeiten der Therapie. In der alltäglichen Begegnung mit Patienten bringt man Kompetenzen der Kommunikation und Gesprächsführung genauso ein wie lebenspraktische Erfahrung und menschliche Präsenz.

Wir wollen uns nun einigen Aspekten pflegerischer Anforderungen in psychiatrischen Handlungsfeldern zuwenden. Dies ist ein Grundverständnis von Stress und Stressbewältigung, Krankheitsbewältigung und Ansätzen der Krisenintervention, Angehörigenarbeit und Psychotherapie.

Psychiatrische Pflege ist vorrangig Beziehungsarbeit.

9.3.1 Stress und Stressbewältigung

Stress empfindet nahezu jeder zumindest zeitweilig. Stress gehört zum Leben und kann sogar die Leistungsfähigkeit steigern. Der Stressforscher Hans Selye (1907–1982) sprach vom »Salz des Lebens«, wenn man die beanspruchenden Herausforderungen positiv erlebt und sich diesen Anforderungen gewachsen fühlt. Leiden wir aber zu lange unter Stress und können uns nicht angemessen erholen, wird die Leistungsfähigkeit eher beeinträchtigt und man erkrankt. Anhaltender Stress ist ein Mitverursacher verschiedenster Erkrankungen, am bekanntesten in ist hierbei wohl der Herzinfarkt. In der Psychiatrie ist man eher mit Menschen konfrontiert, die in Krisen- und Stresssituationen psychisch erkranken und z. B. wegen einer Psychose oder Depression behandelt werden.

Die Entstehung von Stress

Das Wort »*stress*« (engl.: Druck, Anspannung) stammt ursprünglich nicht aus der Psychologie, sondern aus der Werkstoffkunde und bezeichnet den Zug oder Druck auf ein Material. Es existierten verschiedene Modelle, welche die Entstehung von Stress erklären können. Am Beginn der Stressforschung standen sog. situationsspezifische Konzepte, die den Stress als Reaktion auf *Stressoren* aus der Umwelt erklärten. Stressoren können sehr verschiedenste Dinge sein: Zeitdruck, Autofahren, Lärm, auch das Lesen von Lehrbüchern kann ein Stressor sein!Es gibt einige Situationen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für jeden Menschen Stress auslösen. Zum Beispiel, wenn die Erfüllung der Grundbedürfnisse, wie Schlaf, Essen und Trinken, gefährdet ist. Aber auch das Erleben von Kontrollverlust wird als Stress erlebt. Monotonie, Unter- oder Überforderung und Kontrollverlust sind die Bestandteile einer »stressenden« Arbeitssituation, am besten illustriert am Beispiel von Fließbandarbeit.

Später schlug Lazarus ein neues Modell vor. Es erklärt Stress als Wechselwirkung zwischen Situation und Person und wird deshalb auch *interaktionales Stressmodell* genannt (Lazarus, 1985). Dieses Modell ist immer noch leitend für unser aktuelles Verständnis von Stress. Ein Reiz, eine Situation (ein potenzieller Stressor) führt bei einer Person zu einer ersten Bewertung: Ist das für mich ein Stressor (eine Bedrohung, eine Herausforderung), ja oder nein? Wenn ja, wird der Stressor in einer zweiten Bewertung mit den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten verglichen. Die Bewältigungsmöglichkeiten hängen ab von vorausgegangenen Erfahrungen und anderen Ressourcen (z. B. sozialer Unterstützung). Falls dann ein Ungleichgewicht zwischen Stressor und Bewältigungsmöglichkeiten wahrgenommen wird, empfindet die Person Stress.

Stress ist ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten.

Es gibt kaum etwas, was von sich aus stressend ist. Vielmehr ist jeder von etwas anderem »gestresst«

entsprechend seiner Bewertungen, die von seinen eigenen Erfahrungen und seinen Bewältigungsstrategien abhängen. Putzen wird von einer Hausfrau als Stress erlebt, wenn sie es zusätzlich zum Einkaufen und Kochen in einer bestimmten Zeit schaffen will. Ein Student hingegen kann das Putzen als willkommene Abwechslung erleben, wenn es ihn zeitweilig vom Lernen für eine Prüfung »erlöst«.

Stressreaktionen

Stressreaktionen laufen auf verschiedenen Ebenen ab:

- emotional (z. B. Ärger, Hilflosigkeit),
- kognitiv, also das Denken betreffend (z. B. Denkblockaden, Konzentrationsmangel),
- körperlich (z. B. Zittern, Kopfschmerzen, Faust ballen, Unruhe, Erröten, Schwitzen, allgemeine Verspanntheit),
- das Verhalten betreffend (Aggression gegen andere, sich zurückziehen).

Manchmal reagieren wir auf diese Anzeichen von Stress mit wenig hilfreichen, kurzfristig aber als erleichternd erlebten Umgangsstrategien. Dies kann der schnelle Griff zu Beruhigungsmitteln oder Aufputschmitteln, Alkohol, Nikotin, zuviel Kaffee etc. sein. Stress (z. B. beruflicher Art) kann auch dazu führen, dass wir Anforderungen um jeden Preis meistern wollen: wir schlafen zu wenig, essen unregelmäßig und schlecht, haben zu wenig Bewegung und zu wenig Erholungspausen. All dies steigert das Stresserleben und kann uns an die Grenzen unserer physischen Belastungsfähigkeit bringen.

Hilfen für eine erfolgreiche Stressbewältigung

Denkt man über das Stressmodell von Lazarus nach, kommt man hingegen zu der Schlussfolgerung, dass man zur erfolgreichen Verringerung von Stress prinzipiell zwei Ansatzmöglichkeiten hat:

- zum einen die Beeinflussung der Situation und
- zum anderen die Veränderung der Bewertungs- und Bewältigungsmöglichkeiten der Person.

Wenn man an der Situation selbst ansetzt, empfiehlt es sich zunächst, diese genauer anzusehen. Was an dieser Situation löst den Stress aus und ist es veränderbar? Das kann die Anzahl der Anforderungen betreffen, wenn man sie reduzieren kann. Gibt es Umgebungsfaktoren, die veränderbar sind? Das kann die Gestaltung des Arbeitsplatzes sein, weniger Lärm betreffen oder besseres Licht und bessere Belüftung.

Seitens der Person gibt es eine Reihe von Ansatzpunkten, Stress und seine Folgen zu reduzieren. Es geht um das Erlernen von Fähigkeiten, mit Stress umzugehen. Zunächst kann man die Bewertung betrachten, die bei einer Person zum Stresserleben führt. Welche Situation ist stressauslösend? Ist es wirklich wichtig, diese Situation zu meistern, wie »perfekt« muss das sein und wie wichtig ist es?

Neben der Bewertung kann man sich den Kompetenzen zuwenden, die die Person hat. Dies können allgemeine Kompetenzen sein oder spezifische für eine bestimmte Anforderungssituation. Allgemeine Kompetenzen sind u. a. der Umgang mit Zeit, die Fähigkeit zur Kooperation, die Fähigkeit zur Zusammenarbeit, die Fähigkeit zur Kommunikation, Strategien der Problemlösung etc. Diese Fähigkeiten sind zum Teil erlernbar und können in den entsprechenden Programmen trainiert werden.

Als besonders wichtig hat sich auch der Glaube an die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten, Hoffnung und Motivation erwiesen. Der Glaube an die eigene Kraft und die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten kann davor bewahren, demoralisiert zu sein und depressiv zu reagieren.

Spezifische Kompetenzen können bestimmte Situationen betreffen. Auch wenn wir sehr an uns glauben und allgemeine Kompetenzen haben, werden wir Fachwissen oder spezielle Informationen brauchen, um z. B. eine berufliche Situation zu meistern.

Als besonders wirksam im Umgang mit Stress hat sich die Fähigkeit zur Erholung erwiesen. Menschen, die dauerhaft auf einem hohen Stressniveau funktionieren, können unter Umständen die Fähigkeit verlieren, sich zu entspannen oder brauchen weit länger als andere, sich zu regenerieren. Das kann die schädigende Spirale in Gang setzen, die zu stressbedingten Erkrankungen führt. Das Training der Entspannungsfähigkeit ist daher zentraler Bestandteil eines jeden Stressbewältigungstrainings. Das sprichwörtliche »Durchatmen« oder erst einmal »Luft holen« kann man also üben.

Stress ist demnach immer im Zusammenhang mit Bewertungsvorgängen und Bewältigungsstrate-

gien zu verstehen. Eine Krankheit löst Stress aus und es gibt eine Reihe von Vorstellungen, wie Menschen mit diesem Stress umgehen und wie wir sie am besten darin unterstützen können.

9.3.2 Krankheitsbewältigung

Mit einer Krankheit leben lernen, ist ein langwieriger Prozess mit vielen unterschiedlichen Stadien. Die einzelnen Phasen folgen nicht schrittweise aufeinander, sondern können einander überspringen, sich abwechseln, sich wiederholen oder auch parallel zueinander laufen.

Die Zeit bis zur Mitteilung einer Diagnose ist eine potenziell krisenhaft erlebte Zeit im Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Manchmal wird die Diagnose als Erleichterung wahrgenommen, weil man endlich weiß, »was es ist« und die Zeit der Unsicherheit beendet ist. Es können jedoch auch Ängste ausgelöst werden und neue Unsicherheiten entstehen. Wie lange wird die Erkrankung dauern? Ist sie behandelbar? Wird sie wiederkommen? Wird sie an die Kinder weitergegeben? Kann man wieder arbeiten? Diese und andere Fragen stehen am Beginn eines langen Weges, ein erfülltes Leben mit der Krankheit oder ihren wiederkehrenden Phasen zu finden. Dieser Weg wird als Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitung oder Coping beschrieben.

Krankheitsbewältigung – auch Krankheitsverarbeitung oder »Coping« (von englisch: to cope: fertig werden mit etwas) – ist das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch eine Krankheit innerpsychisch oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten.

Phasen der Krankheitsbewältigung

Die Auseinandersetzung mit einer Erkrankung wurde in 5 Phasen eingeteilt, die vor allem emotional unterschiedlich geprägt sind:

- 1. Phase: Schock/Verleugnung,
- 2. Phase: Aggression (»Warum gerade ich?«),
- 3. Phase: Depression,
- 4. Phase: Verhandeln,
- 5. Phase: Akzeptanz.

Zunächst löst die Mitteilung einer Erkrankung Ängste und ein »Nicht-wahrhaben-Wollen« aus. Das Nicht-wahrhaben-Wollen kann sich auch im Glauben an eine Fehldiagnose oder eine Verwechslung äußern bis hin zu Verzögerungen oder sogar der Verweigerung einer notwendigen Behandlung. Die Wirklichkeit, wie sie gelebt worden ist, muss neu betrachtet werden. Häufig erleben Betroffene und Angehörige dies als eine Art Markierung in ihrem Leben. Es gibt eine Zeit davor und eine Zeit danach. Oft kommt es dann nahezu zu einem Aufbäumen gegen das Unausweichliche, übermächtig erscheinende in Form von Aggression. Dies lässt sich am besten beschreiben in der Äußerung »Warum gerade ich?«. Die Betroffenen hadern mit Gott und der Welt, sind gereizt und voller Vorwürfe. Ihre Verzweiflung ist zunächst noch unter Aggressivität und Feindseligkeit verborgen, bevor sie wirklich wahrgenommen und erlebt wird. Werden die Verluste durch die Krankheit anerkannt und betrauert, kann der Betreffende eine neue Sicht auf sein Leben entwickeln und seinen Platz finden. Manchmal entsteht auch eine neue Dimension des Lebens, mit vertrauensvollen, erfüllenden Beziehungen und mehr Tiefe im Erleben und Verstehen.

So wie die Entstehung von Krankheiten von verschiedenen Faktoren abhängig ist, ist auch die Bewältigung einer Krankheit bio-psycho-sozial bedingt. Biologische Faktoren betreffen die Frage, wie schwer die Krankheit ist und ob andere Krankheiten parallel bestehen. Man hat z. B. gefunden, dass Depressionen dann besonders »hartnäckig« sind und Menschen schwerer mit ihnen umgehen können, wenn sie zusätzlich an körperlichen Krankheiten leiden.

Die Rolle von Kontrollüberzeugungen

Psychologische Faktoren betreffen z. B. Persönlichkeitseigenschaften des Menschen, die es ihm leichter oder schwerer machen, an seinen Erfolg zu glauben. Wir sprechen von **internalen** und **externalen Kontrollüberzeugungen**. Internale Konrollüberzeugung bedeutet, dass jemand überzeugt ist, dass er durch eigenes Tun Einfluss nehmen kann. Externale Kontrollüberzeugung hingegen beinhaltet, dass ein Mensch davon ausgeht, dass andere Menschen (external, personal), z. B. Ärzte oder Pfleger oder die Umwelt (external, situativ), z. B. vom Zufall oder Schicksal bestimmend sind.

Eine internale Kontrollüberzeugung ist eine Ressource für die Krankheitsbewältigung bzw. ein gesundes Leben. Menschen, die glauben, ihr Leben selbst in der Hand zu haben, sind gemeinhin psychisch stabiler und gesünder. Sie gehen erfolgreicher mit **Krisen** um. Eine solche Person sieht mehr Handlungsmöglichkeiten und ist damit weniger anfällig für ein depressives Aufgeben, Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung.

Internale Kontrollüberzeugung ist auch wichtig dafür, positive Erwartungen zu mobilisieren. Hoffnung ist heilsam. In der Psychotherapie wird z. B. Erwartungseffekten des Patienten eine ebenso große Rolle beigemessen wie der Technik, die der Therapeut anwendet (Miller, Duncan u. Hubble, 2000). Wenn wir Menschen in der Bewältigung einer Krankheit unterstützen wollen, müssen wir also ihre eigenen Ressourcen aktivieren (Brody u. Brody, 2002).

Formen von Coping

Es werden zwei Arten der Krankheitsbewältigung unterschieden: das *problembezogene Coping* und das *emotionsbezogene Coping*. Problembezogenes Coping bezieht sich direkt auf das Problem, das es zu lösen gilt. Auf eine Krankheit bezogen, bedeutet das, dass die Betreffenden Informationen über die Krankheit suchen. Sie versuchen aktiv, Veränderungen herbeizuführen.

Emotionsbezogenes Coping hingegen ist auf die eigenen Emotionen bezogen. Hier versuchen die Betreffenden, ihr Befinden zu beeinflussen. Sie lenken sich ab, hören Musik, versuchen, sich zu entspannen. Auch das Reden über Gefühle, die beispielsweise wahrgenommen wurden, als die Diagnose verkündet wurde, ist entlastend. So erleben es viele Patienten als schwierig, wenn gleich nach Lösungen gesucht wird (»Wie soll es weitergehen?«). Hilfreicher für die Patienten ist es, ihnen vorerst zu gestatten, die Gefühle aussprechen zu können und zu verarbeiten, die sie in Anbetracht der Krankheit haben. Oft müssen sie auch ermutigt werden, dies zu tun.

Langes Grübeln statt Handeln allerdings kann eher zu Depression führen als zur Lösung eines Problems. Diese Art des Umgangs mit Problemen wurde v. a. bei Frauen gefunden. Sie neigen dazu, ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen und Situationen immer wieder im Kopf durchzuspielen statt aktiv anzugehen. Dies entspricht dem Geschlechtsrollenstereotyp, der Frauen eine passivere Rolle zuschreibt. Diese Art des Umgangs mit Problemen ist jedoch mit dem Risiko verbunden, depressiv zu werden. In anderen Situationen und Phasen von Erkrankungen hat sich das Ablenken durchaus als hilfreich erwiesen. Für den Umgang mit Krebserkrankungen kann der Druck, aktiv kämpfen und stark sein zu müssen, ein weiterer Stressor sein. Wir müssen also genauer hinsehen, wann Aktivität und wann Akzeptanz gesünder ist. Das bringt uns zu der Weisheit zurück, anzuerkennen, was wir ändern können und was wir nicht ändern können und das eine vom anderen unterscheiden zu lernen.

Umgang mit Stigma

Für die Bewältigung einer psychischen Krankheit ist das Selbstwertgefühl des Patienten, sein Selbstbild zentral. Oftmals wird die Diagnose einer psychischen Krankheit als stigmatisierend erlebt. *Anti-Stigma-Arbeit* ist daher ein wichtiger Faktor, Menschen bei der Bewältigung einer Krankheit zu helfen. Ein erster Schritt ist es hierbei, dem anderen das Gefühl zu vermitteln, wertvoll zu sein und wahrgenommen zu werden. Wie wir gesehen haben, ist dies keine selbstverständliche Aufgabe. Manchmal kann eine Diagnose den Blick auf den Menschen verstellen. Krankheitsbewältigung in psychiatrischen Arbeitsfeldern kann daher bedeuten, Scham überwinden zu helfen. Dies kann einmal durch Aufklärung und Informationsvermittlung geschehen (Anti-Stigma-Kampagnen). Aber auch der alltägliche Kontakt kann Stigma entgegenwirken, wenn er denn voller Wärme, Akzeptanz, Offenheit und Neugier auf den anderen und dessen Welt ist.

Soziale Aspekte von Krankheitsbewältigung

Am Beispiel Stigma wird deutlich, dass Krankheitsbewältigung nicht nur ein innerpsychischer Prozess ist. Vielmehr findet jede Auseinandersetzung mit Krankheit in einem sozialen Rahmen statt und in einem *sozialen Netz* mit Bezugspersonen, die für den Betreffenden von Bedeutung sind. Dieses soziale Netz kann sowohl eine unterstützende als auch eine problemstabilisierende Wirkung haben. Beispielsweise können enge Beziehungen uns Fürsorge und Rückhalt geben, gleichzeitig aber auch Konfliktpotenzial bergen. Wichtig für die Krankheitsbewälti-

gung sind Informationen, Haltungen und Feedback von außen. Beispielsweise kann Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit entstehen, wenn auf Bemühungen zur Bewältigung keine Reaktion erfolgt. Bemühungen bleiben dann unbeantwortet, führen nicht zum Erfolg.

Ein wichtiger Faktor für die Bewältigung einer Krankheit ist demnach die *soziale Unterstützung*. Menschen, die sich in einem sozialen Netz aufgehoben fühlen, haben bessere Chancen, mit Krisen und Krankheiten umzugehen. Dies kann einmal die emotionale Unterstützung betreffen, die sie bekommen. Es kann aber auch um instrumentelle Unterstützung gehen. Das kann Geld, Zeit oder Unterstützung in der Kinderbetreuung, im Haushalt oder bei der Suche nach Arbeit sein. Auch die Fahrt zum Arzt oder Einkaufen kann als unterstützend betrachtet werden. Solche sozioökonomischen Ressourcen werden oftmals übersehen. Sie können aber manchmal genau den Unterschied ausmachen, ob jemand psychisch erkrankt, ob er eine Behandlung aufsucht und ob er eine Krankheit bewältigen kann. Wir wissen heute, dass Armut krank macht und dass Isolation krank macht. Genau auf diese Faktoren müssen wir achten, wenn wir Menschen in der Bewältigung einer Krankheit unterstützen wollen. Soziale Faktoren für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung sind:

- soziale Unterstützung,
- verlässliche Beziehungen,
- sozioökonomische Ressourcen,
- gesellschaftliche Teilhabe (Zugang zu Informationen und Ressourcen).

Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung kann auf allen 3 Ebenen, der biologischen, der psychischen und der sozialen gegeben werden. Auf der biologischen Ebene geht es um eine angemessene Behandlung und die Ermöglichung eines gesunden Lebens. Auf der psychischen Ebene geht es um die Stärkung der Selbstheilungskräfte und Ressourcen des Menschen sowie um Sinnfindung. Auf der sozialen Ebene geht es um die soziale Einbettung und die Aufhebung von Isolation. Alle Ebenen sind miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Auch ohne therapeutische Begleitung finden Menschen Möglichkeiten des Umgangs mit ihrer Erkrankung (Bock, 1997). Coping findet also immer statt. Ziel ist es also, die hilfreichen Strategien zu fördern und dasjenige Umfeld zu finden, welches der einzelne als unterstützend erlebt.

9.3.3 Krisenintervention

Charakteristischerweise besteht in einer *Krise* ein besonderes Missverhältnis zwischen der äußeren Situation und den inneren Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen. Nicht jedes schwere Ereignis führt also zur psychischen Krise. Krisenintervention kann nicht eine umfassende psychotherapeutische Behandlung ersetzen. Sie ist Hilfe im Notfall.

Das Wort Krisenintervention wird daher häufig auch im Zusammenhang mit Erster Hilfe benutzt. Hier stellt sie eine präventive Maßnahme gegen die posttraumatische Belastungsstörung dar. Es betrifft die Arbeit mit Menschen, die unmittelbar unter den Auswirkungen einer extremen psychischen Erfahrung (wie z. B. einem schweren Unfall, Tod einer nahe stehenden Person oder Gewalterfahrung) leiden. Sie entwickeln eine Belastungsreaktion. Dies äußert sich in Form von subjektiv erlebter Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit. Die Wahrnehmung und Konzentrationsfähigkeit sind eingeschränkt. Es können starke Gefühlsschwankungen auftreten; Angst, Verzweiflung, Wut, Aggression und andere Emotionen wechseln sich spontan ab. Einige Szenen des Ereignisses können sich in das Gedächtnis einprägen und drängen sich später in der Erinnerung auf. Das Ereignis wird als unwirklich und wie im Traum erlebt (dissoziiert). Betroffene Menschen beschreiben dies mit den Worten, dass sie »neben sich stehen« und das Ereignis noch nicht realisieren. Die Symptome der akuten Belastungsreaktion sind zunächst eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis. Allerdings kann sie chronifizieren und zu einer Erkrankung werden. Um dem entgegenzuwirken leistet man Krisenintervention im Sinne von Erster Hilfe und dies möglichst zeitnah zu dem krisenhaften Ereignis.

Prinzipien eines hilfreichen Verhaltens im Notfall

Praktisch geht es darum, durch unaufdringliche Anwesenheit und Präsenz dem traumatisierten Menschen die Erfahrung zu ermöglichen, dass seine Re-

aktion und das unerträgliches Leid von anderen Menschen ausgehalten werden können. Besonders in dieser ersten Phase der Betreuung liegt der Akzent auf einer engagierten Präsenz eines anderen Menschen. Dazu muss man sich zuerst bemerkbar machen. Man nimmt eine für den Betroffenen möglichst wenig bedrohliche Haltung ein (Helfer auf der sitzenden oder liegenden Ebene des Betroffenen werden als weniger bedrohlich erlebt). Gleichzeitig positioniert man sich möglichst zwischen dem Betroffenen und eventuellen Zuschauern, um ihn zu schützen. Der Helfer sollte zum Gespräch bereit sein, sich aber nicht aufdrängen. Der Wunsch und der Kommunikationsstil des Betroffenen sind zu respektieren. Manch Betroffener möchte gern abgelenkt werden, ein anderer braucht am nötigsten einen geduldigen Zuhörer. Auf jeden Fall müssen Vorwürfe vermieden werden. Das Ziel der Betreuung liegt darin, dass der traumatisierte Betroffene seine Handlungsfähigkeit wiedergewinnt und er bei der ersten Bewältigung seiner Eindrücke und der emotionalen Stabilisierung unterstützt wird. Weiter ist es ein Anliegen, unmittelbar zur Verfügung stehende Ressourcen gemeinsam mit ihm zu erschließen und für ihn nutzbar zu machen (Wo kann man sich hinwenden?).

Verhalten bei Suizidgefahr

Ein besonderer Fall der Krisenintervention ist das Verhalten bei *Suizidgefährdung*. Auch hier ist es wichtig, den Suizidgefährdeten nicht zu bedrängen und keine Vorwürfe zu machen. Man nimmt den anderen Menschen als selbstverantwortlich ernst, indem man ihm zeigt, dass das Recht auf den Tod als eine mögliche Lösung anerkannt wird. Es geht nicht vorrangig darum, die Verzweiflung zu mildern, sondern den Grund dafür zu erfassen. Etwas zu tun, hat für einen Suizidgefährdeten zumeist Entlastungscharakter. Man kann also versuchen, Bedürfnisse zu wecken (Essen, Trinken, Bewegen). Im Gespräch kann man Fragen stellen, nach den Gründen (der Wahrnehmung von Zusammenhängen), nach früheren Krisen (als Potenzial für Lösungsmöglichkeiten), nach Zweifeln (gibt es nur den Suizid als Lösung). Falls man den Suizidgefährdeten allein lassen muss, ist die Frage zu klären, was er bis zum Kontakt mit dem nächsten Professionellen (z. B. bis morgen) tun kann. Die Vereinbarungen sollten überprüft werden, ob das, was der Suizidgefährdete sich vornimmt, auch nicht zu schwer für ihn ist.

Zum Weiterlesen empfehlen wir zwei Bücher (Kunz, Scheuermann u. Schürmann, 2004 und Fertig u. Wietersheim, 1994).

Krisenintervention ersetzt nicht Psychotherapie. Ein Ziel der Krisenintervention ist die emotionale Stabilisierung des Betroffenen.

9.3.4 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit bewegt sich immer zwischen den Interessen und der Therapie des Erkrankten und den Interessen und dem Wohlergehen der Angehörigen (Bischkopf, 2005). Die Angehörigenarbeit ist also nicht von alleiniger Bedeutung für den Patienten, sondern auch für die Angehörigen selbst.

Seit Mitte der 50er Jahre wird im Rahmen der sozialen Psychiatrie untersucht, welche Belastungen Angehörige psychisch Kranker erleben und welchen Einfluss das Zusammenleben mit einem psychiatrischen Patienten auf die Familie und das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder hat. »*Caregiver-Burden*« untersucht speziell die Auswirkungen einer Erkrankung auf die Personen, die eine Pflege- bzw. Unterstützungsfunktion für den Kranken ausüben (Familienmitglieder, Freunde, Pflegepersonen). Für einen Überblick über familiäre Belastungen bei verschiedenen psychiatrischen Krankheiten verweisen wir auf Jungbauer, Bischkopf u. Angermeyer (2001).

Das Einbeziehen der Angehörigen in die psychiatrische Arbeit ist aus 3 Gründen unerlässlich:

- Angehörige psychiatrischer Patienten haben ein erhöhtes Risiko belastungsbedingte Krankheiten zu entwickeln. Angehörigenarbeit kann dieses Risiko mildern und Entlastungsangebote schaffen.
- Das familiäre Klima ist ein wichtiger Faktor für den Therapieerfolg und die Rückfallprophylaxe bei psychiatrisch erkrankten Menschen. Angehörigenarbeit kann aufklären und helfen, günstige Formen des Umgangs mit der Krankheit in der Familie zu finden.
- Die therapeutische Behandlung selbst kann auf das Paar oder die Familie abzielen mittels Verän-

derungen, z. B. in deren Struktur, Kommunikation und emotionaler Verbundenheit. In diesem Verständnis sind Angehörigenarbeit und Therapie verwoben (z. B. in der Paar- und Familientherapie).

Die häufigsten Formen der Arbeit mit Angehörigen sind:

- *Psychoedukation*: Aufklärung über die Krankheit, deren Entstehung, Therapie und Folgen,
- *Trialog*: Zusammenarbeit von Betroffenen, Familien und Behandlern,
- Angehörigenberatung.

Psychoedukation

Ziel von Psychoedukation ist es, mehr über die Erkrankung zu erfahren und damit kompetenter zu werden in der Erkennung von individuellen Frühwarnzeichen, Symptomen und hilfreichen Umgangsstrategien. Häufig geht es auch darum, therapeutische Maßnahmen besser einordnen und ihnen folgen zu können. Studien zufolge kann Wissen und Information über die Erkrankung Stress reduzieren und Wissenserwerb ist meist der erste Schritt in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung sowohl für die Patienten als auch für die Angehörigen. Der Fokus liegt auf der Bildung, d. h. dem Erlernen bestimmter Inhalte, die von Experten vermittelt werden. Dies bietet aber auch potenzielle Gefahren, beispielsweise:

- der spezifischen Situation des Einzelnen zu wenig Raum zu geben,
- verschiedene Angehörigengruppen zusammenzubringen, ohne auf ihre verschiedenen Bedürfnisse eingehen zu können,
- eine Expertensicht, z. B. Wissen über pharmakologische Prozesse zu betonen und psychosoziale Perspektiven, wie Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit, der Freizeit, des sozialen Netzes und die Folgen für die Familie zu vernachlässigen (Müller u. Luderer, 1999),
- spezifische Wirkfaktoren der Gruppenarbeit zu wenig zu nutzen, z. B. emotionale Entlastung durch Austausch und Teilhabe sowie Empowerment durch Vernetzung und Initiative.

Der Psychoedukation wurde ein anderes »Aufklärungsmodell« gegenübergestellt: der gleichberechtigte Dialog und der Austausch von Perspektiven.

Trialog

Der gleichberechtigte Austausch über Erfahrungen, Wissen und Meinungen wurde als Trialog (Baumann u. Lürßen, 1992) beschrieben. Diese Art des Zusammenseins hat sich besonders im Bereich der Psychosen als sog. Psychoseseminare etabliert (Bock, 2000). Sie beruhen auf Erfahrungsaustausch, Wissens- und Fähigkeitserwerb, Initiierung von Aktionen zu kommunal relevanten Themen und soziale Aktivitäten (Zaumseil, 1998). Obwohl Gruppengespräche auch das Potenzial für eine Vernetzung verschiedener Sicht- und Erlebensweisen zu haben scheinen, unterscheiden sie sich von den Psychoseseminaren. Sie sind im Gegensatz zu den Psychoseseminaren institutionell gebunden und haben explizit therapeutische Funktion. Verhandeln, Bildung und Begegnung hingegen werden in den Psychoseseminaren dem Behandeln entgegengesetzt (Zaumseil, 1998).

Angehörigenberatung

Im Vergleich zu Psychoedukation und Modellen des Dialogs, Trialogs und der Partizipation kann in der Angehörigenberatung mit dem einzelnen Angehörigen oder mit spezifischen Angehörigengruppen gearbeitet werden. Vereinfacht ausgedrückt, steht in psychoedukativen Programmen die Krankheit im Mittelpunkt, über die Wissen und Formen des Umgangs vermittelt werden. In Modellen des Dialogs, Trialogs und der Partizipation geht es um einen Austausch von Perspektiven und Erfahrungen in der Gruppe mit unterschiedlichem Hintergrund in Bezug zur Krankheit (Angehörige, Patienten, Behandler).

Mit der Bezeichnung Angehörigenberatung ist die Beratung der Angehörigen gemeint mit dem Ziel, ihre Situation, Bedürfnisse und Erfahrungen zu verstehen und mit ihnen gemeinsam Strategien des Umgangs und Zusammenlebens mit dem Erkrankten zu finden. Hier würden die Angehörigen selbst im Mittelpunkt stehen. Beispiele sind Selbsthilfegruppen oder Angebote der Angehörigenverbände. Für ein klientenzentriertes Beratungskonzept für Angehörige depressiver Patienten siehe Bischkopf (2005).

9.3.5 Psychotherapeutische Ansätze

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege ist interdisziplinär organisiert. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten sind Grundkenntnisse psychotherapeutischer Ansätze notwendig. Wir wollen daher einen Exkurs in diesen Bereich unternehmen.

Tiefenpsychologische Ansätze

Der Tiefenpsychologische Ansatz ist eine zusammenfassende Bezeichnung für alle Richtungen, welche die Bedeutung des Unbewussten in den Mittelpunkt der Therapie stellen. Man bezeichnet die Richtung auch als psychodynamisch orientiert. Als Antriebsquelle unseres Handelns wird das Unbewusste verstanden. Die Energie eines Menschen kommt aus den Trieben. Man geht davon aus, dass es für alles eine Ursache gibt. Besonders der frühkindlichen Entwicklung wird große Bedeutung beigemessen. Therapieziel ist, Einsicht in unbewusste Konflikte zu gewinnen. Grob umrissen beinhaltet eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie das Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.

Am bekanntesten ist die Psychoanalyse durch Sigmund Freud (1856–1939). Generell geht die Psychoanalyse davon aus, dass schwere, unverarbeitbare Erfahrungen in der Kindheit verdrängt werden müssen, weil die kindliche Persönlichkeit diese nicht ertragen könnte. Kein Kind kann z. B. längere Zeit ertragen, von Mutter oder Vater nicht geliebt zu werden. Verdrängte Erfahrungen und unverarbeitete Anteile einer Lebensgeschichte schränken aber die Persönlichkeit ein oder führen zu unangemessenem Verhalten, Störungen oder Erkrankungen. Die Psychoanalyse heilt durch Bewusstmachung des Verdrängten.

Einige andere Namen und therapeutische Ansätze, die in das Feld der tiefenpsychologisch orientierten Therapien eingeordnet werden, sind: Alfred Adler, Carl Gustav Jung, die Katathym-Imaginative Psychotherapie nach Hanscarl Leuner (auch als Katathymes Bilderleben bekannt) sowie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Die Verhaltenstherapie hat ihren Ursprung in den Lerntheorien. Sie ist die Anwendung der behavioristischen Psychologie. Der Ansatz stellt einen Zusammenhang her zwischen dem Verhalten des Patienten und den aufrechterhaltenden Bedingungen sowie Konsequenzen dieses Verhaltens. Daher steht am Anfang der Therapie zumeist eine Verhaltensanalyse. Es wird nach den auslösenden Bedingungen für das (problematische) Verhalten gesucht, das konkrete Verhalten wird beschrieben und die Konsequenzen des Verhaltens werden betrachtet. Man geht davon aus, dass so wie psychische Störungen durch Lernprozesse entstehen, diese auch durch Lernprozesse therapiert werden können. Therapieziel ist hauptsächlich die Symptomfreiheit und der Erwerb von Kompetenzen. Besondere Techniken der Verhaltenstherapie sind Reizkonfrontationstherapien (systematische Desensibilisierung, Implosion, Habituationstraining, Flooding) oder verschiedene Verstärkungs- und Schwächungstechniken (Token-Systeme). Als spezielle Strömungen wurden vor allem die Rational Emotive Therapie nach Albert Ellis und die Kognitive Verhaltenstherapie (Aaron T. Beck, Donald Meichenbaum) bekannt. Moderne Formen der Verhaltenstherapie versuchen Gefühle des Patienten und soziale Beziehungen stärker mit einzubeziehen.

Humanistische Ansätze

Die humanistischen Ansätze der Psychotherapie sind dem Therapieziel des Wachstums der Persönlichkeit und der Selbstentfaltung verpflichtet. Wahrnehmung und Erleben werden im »Hier und Jetzt« aktiviert. Dabei werden die therapeutische Beziehung und die Rolle von Emotionen für Veränderungsprozesse in der Psychotherapie betont.

Nach Carl Rogers, dem Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie), ist eine Therapie dann erfolgreich, wenn der Therapeut dem Klienten mit Echtheit, bedingungsloser Wertschätzung und Empathie begegnet. Ist eine therapeutische Beziehung davon getragen, kann sich der Klient seinem Erleben angstfrei zuwenden und es besser verstehen. Der Zugang zu den eigenen Gefühlen wird als Schlüssel für ein gesundes und erfülltes Leben angesehen. In der Klientenzentrierten Psychotherapie wird davon ausgegangen, dass wir vieles von dem, was in uns vor sich geht, vorschnell bewerten oder gar nicht mehr wahrnehmen. Das rührt oftmals von einer Erziehung her, in der nur

einige Gefühle und Bedürfnisse akzeptabel und andere unakzeptabel waren. Macht der Klient in der Psychotherapie nun die Erfahrung, dass der Therapeut alle seine Gefühle und Bedürfnisse zunächst bedingungslos annimmt, wird er selbst auch akzeptierender mit sich umgehen. Die Selbstakzeptanz wird als zentral angesehen, damit wir wirklich den nächsten Schritt in unserer Entwicklung gehen können. Solange wir darum kämpfen, ein anderer zu sein als wir sind, werden wir unsere individuell einzigartigen Möglichkeiten nicht ausschöpfen. Psychische Störungen sind in diesem Verständnis Entwicklungsblockaden.

Die Gestalttherapie wurde ursprünglich von Fritz und Laura Perls begründet. Durch die Arbeit im Hier und Jetzt soll der Kontakt des Klienten mit sich und der Umwelt gefördert werden, die Selbstheilungskräfte des Patienten freigelegt und neue Einsichten und Erfahrungen erschlossen werden. Damit steht bei den meisten gestalttherapeutischen Verfahren die Erlebnisorientierung im Mittelpunkt des Geschehens. Der Klient wird also direkt aufgefordert, wahrzunehmen, auszudrücken und zu verstehen, was in ihm vor sich geht. Eine Verbindung von klientenzentrierter Beziehungsgestaltung und gestalttherapeutischen Techniken wurde in der Emotionsfokussierten Therapie entwickelt (Greenberg, Rice u. Elliott, 2003).

Die Hypnotherapie wurde durch Milton Erickson begründet. Es handelt sich um eine Therapieform, bei welcher der Therapeut den Klienten unterstützt, in einen Trancezustand zu gehen. In diesem Zustand ist die Kontrolle des Bewusstseins des Klienten verringert. Daher ist der Zugang zu Informationen oder kreativen Veränderungsmöglichkeiten in Trance leichter möglich. Der Therapeut kann nun mit dem Klienten in der Trance neue Ideen, Bilder, Metaphern für Lösungsmöglichkeiten von Problemen erarbeiten. Im Gegensatz zur klassischen Hypnose bleibt die Kontrolle über den Prozess vollkommen beim Klienten.

Weitere humanistische Ansätze sind die Logotherapie (Viktor Frankl), Integrative Therapie (z. B. nach Hilarion Petzold), das Psychodrama (Jakob Levy Moreno) und verschiedene Therapien, die den Selbstausdruck fördern, wie die Kunst-, Schreib- und Tanztherapie.

Systemische Ansätze

Erkrankungen, Störungen und Probleme werden hier unter dem Aspekt der daran beteiligten Systeme betrachtet. Systeme können z. B. Familien, soziale Netzwerke oder auch ein Paar sein. Der Fokus ist auf der Interaktion der Mitglieder eines Systems. Man geht davon aus, dass ein (problematisches) Symptom oder die Erkrankung eines Patienten eine Funktion in einem System besitzt. Der Patient wird nicht als krank oder gestört betrachtet, sondern schlicht als »Symptomträger«. Die systemische Therapie dient daher nicht zuerst der Symptomfreiheit sondern eher der Verdeutlichung und der Veränderung der Interaktions- und Beziehungsmuster in einem System.

Besondere Techniken der systemischen Therapie sind z. B. verschiedene Fragetechniken (das zirkuläre Fragen, ressourcenorientiertes Fragen, hypothetisches Fragen), das Reframing (Umdeuten), Techniken zur Veranschaulichung von Familienstrukturen, wie das Genogramm oder das Aufstellen von Systemen (z. B. als Familienskulptur).

Auch innerhalb der systemischen Therapie gibt es verschiedene Konzepte. Die strukturelle Familientherapie (Minuchin) geht davon aus, dass es bestimmte Strukturen einer gut funktionierenden Familie gibt, welche es in der Therapie zu gestalten gilt. Die systemische Familientherapie (basierend auf den Arbeiten der sog. Mailänder Gruppe) fokussiert eher auf die Funktionalität des Symptoms. Zudem kann man die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie (Steve de Shazer) abgrenzen.

Körperorientierte Ansätze

Den recht verschiedenen Ansätzen ist der Körper als Ansatzpunkt der Therapie gemeinsam. Mit jeweils spezifischen Körperübungen wird die Sensibilität für den eigenen Körper gesteigert. Die Erfahrungen aus der Arbeit mit dem Körper werden als Informationsquelle und als Erklärung für psychisches Befinden genutzt. Der Körper wird auch als Medium betrachtet, durch den man Veränderungen auf psychischer Ebene initiieren kann.

Bekannte Verfahren sind neben vielen anderen die Bioenergetik (Alexander Lowen) und die Reichianische Körperarbeit oder Charakteranalyse (Wilhelm Reich).

Schlussbemerkung

Die Psychologie ist eine faszinierende Wissenschaft, die Wissen für viele Anwendungsbereiche zur Verfügung stellt. Die Sprache der Theorie ist wie die jeder anderen Wissenschaft oft nur »Eingeweihten« zugänglich. Die Erkenntnisse häufig auf viele Fachjournale verstreut. Lange und abstrakte Definitionen oder Experimente scheinen oft weit vom tatsächlichen Leben entfernt zu sein. So weiß die Öffentlichkeit nach wie vor relativ wenig über die tatsächlichen psychologischen Themen, Methoden und Erkenntnisse.

Wir sind uns bewusst, dass dieses Kapitel nur einen sehr verkürzten Einblick in ausgewählte Themen und Erkenntnisse bieten kann. Wir wollen jedoch neugierig machen und zum weiteren Selbststudium anregen. Ein umfassendes und gut lesbares Lehrbuch ist das von Bourne und Ekstrand (2001), sowie das von Zimbardo und Gerring (2000). Eine gute Einführung in psychotherapeutische Ansätze bietet Kriz (2001). Interessierte an Beratung und Therapie werden v. a. das Buch von Miller, Duncan und Hubble (2000) aufschlussreich finden. Weitere Themen der Sozialpsychologie finden sich z. B. in Mann (2001). Alle Bücher sind im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Unsere Einführung in die psychologischen Grundlagen der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege haben wir entlang der drei großen Bereiche: Begreifen, Erkennen, Handeln geschrieben. Dies kann auch leitend sein für ein kritisches Denken, welches wir unterstützen möchten. Das betrifft u. a. folgende Fragen: Worüber sprechen wir eigentlich? Was genau meinen wir mit bestimmten Begriffen? Woher wissen wir, was wir wissen? Was kann man mit diesem Wissen tun? Wie kann man es in die Praxis umsetzen? Wie kann man die Praxis damit besser verstehen oder erklären? Ein solcher Blickwinkel kann hilfreich sein für das weitere Studium, die Projektarbeit und einen erfolgreichen Berufsalltag in psychiatrischen Arbeitsfeldern.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Auf welchen drei Ebenen lassen sich Emotionen beschreiben? ▶ Kap. 9.1.2
- Wie ist das Gedächtnis aufgebaut? ▶ Kap. 9.1.6
- Was sind typische Urteilsfehler? ▶ Kap. 9.2.1
- Wie wird im Interaktionalen Stressmodell nach Lazarus Stress erklärt? ▶ Kap. 9.3.1
- Was ist Coping? ▶ Kap. 9.3.2
- Welche Ansätze der Psychotherapie gibt es? ▶ Kap. 9. 3.5

Literatur

Baumann KS, Lürßen M (1992) Lebensraum Familie: Situation von Angehörigen. In: Bock T, Weigand H (Hrsg) Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 173

Bock T (1997) Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bock T (2000) »Es ist normal, verschieden zu sein«: Psychose Seminare – Hilfen zum Dialog. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bourne L, Ekstrand BR (2001) Einführung in die Psychologie. Klotz, Eschborn

Bischkopf J (2005) Angehörigenberatung bei Depression. Reinhardt, München

Brody H, Brody D (2002) Der Placebo-Effekt. Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Damasio A (2002) Ich fühle, also bin ich. List, München

Ekman P (1973) Darwin and facial expression: A century of research in review. Academic Press, New York

Fertig B, Wietersheim H (1994) Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Stumpf & Kossendey, Edewecht

Greenberg LS, Rice L, Elliott R (2003) Emotionale Veränderung fördern. Junfermann, Paderborn

Izard CE (1999) Die Emotionen des Menschen. Beltz, Weinheim

Jungbauer J, Bischkopf J, Angermeyer MC (2001) Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. In: Psychiat Prax 28: 105

Kriz J (2001) Grundkonzepte der Psychotherapie. Beltz, Weinheim

Kunz S, Scheuermann U, Schürmann I (2004) Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für die Praxis und Weiterbildung. Juventa, Weinheim

Lazarus RS (1985) The psychology of stress and coping. In: Issues in Mental Health Nursing 7: 399

LeDoux J (2001) Das Netz der Gefühle. Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Mann L (2001). Sozialpsychologie. Beltz, Weinheim

McCrae RR, Costa PT (1987) Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. In: J Pers Social Psychol 52: 81

Miller SD, Dunca BL, Hubble MA (2000) Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Miller WR, Rollnick S (2005) Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg

Müller J, Luderer HJ (1999) DEWIPA – Ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung des Wissens über Symptome, Ursachen und pychopharmakologische Behandlung bei Patienten mit depressiven Episoden. In: Psychiat Prax 26: 167

Oerter R, Montada L (2002) Entwicklungspsychologie. Beltz, Weinheim

Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC (1997) Jetzt fange ich neu an. Droemer Knaur, München

Prochaska JO, DiClemente CC (1982) Transactional theory: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy 19: 277

Zaumseil M (1998) Psychoseseminare – ein Puzzle theoretischer Bausteine. In: Geislinger R (Hrsg) Experten in eigener Sache: Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. Zenit, München 191

10 Pflegeinterventionen

Jeannette Bischkopf (Kap. 10.3), Mirjam Gaßmann (Kap. 10.5), Ilona Hippold (Kap. 10.4), Sibylle Linke (Kap. 10.1 u. Kap. 10.2), Werner Marschall (Kap. 10.5), Astrid Sonntag (Kap. 10.3), Helmut Thiede (Kap. 10.6)

10.1 Beziehung Patient und Pflegekraft – 172
10.1.1 Erwartungen an die Pflegende-Patienten-Beziehung – 173
10.1.2 Die kongruente Beziehungspflege – 173
10.1.3 Beziehungsbehinderungen – 174
10.1.4 Phasen einer Beziehung – 175
10.1.5 Beziehungspflegeplanung und Beziehungsdiagnose – 177
10.1.6 Einfluss der Krankenhaus-, Ablauf- und Organisationsstruktur auf die Beziehung – 177
10.1.7 Abgrenzung Beziehungsarbeit – Bezugspflege – 178

10.2 Nähe und Distanz – 178
10.2.1 Selbstpflegerische Interventionen – 179

10.3 Gruppenarbeit – 179
10.3.1 Was macht Gruppenarbeit aus? – 179
10.3.2 Rahmenbedingungen für die Arbeit mit Gruppen – 181

10.4 Aggressionsmanagement – Deeskalationsstrategien – 183
10.4.1 Allgemeines zur Psychologie von Eskalationen – 183
10.4.2 Allgemeines zur Deeskalation – 183
10.4.3 Erklärungsmodelle für Aggressionshandlungen und Eskalationen – 183
10.4.4 Aggressions- und Sicherheitsmanagementkonzepte – 184

10.5 Zusammenarbeit mit ambulant-komplementären Einrichtungen – 186

10.6 Soziotherapie nach § 37a SGB V – 188
10.6.1 Einleitung – 188
10.6.2 Gesetzliche Grundlage – 189
10.6.3 Arbeit des Soziotherapeuten – 190

Literatur – 193

In Kürze

Zwischen Patient und Pflegekraft besteht eine professionelle und gleichzeitig zwischenmenschliche Beziehung. Das in 4 Phasen verlaufende Modell der kongruenten Beziehungspflege beschreibt die zielgerichtete Planung der Beziehungsgestaltung durch Pflegende. Die Beziehung kann durch den Patienten, der Pflegekraft und den Einfluss von Ablauf- und Organisationsstrukturen behindert werden. Diese behindernden Strukturen gilt es zu erkennen und zu beseitigen.

Pflegende bewegen sich bei der Gestaltung der Beziehung zwischen Engagement und Distanz. Die Nähe-Distanz-Problematik seitens der Pflegenden ist durch Ambivalenz gekennzeichnet. Es gibt verschiedene Ursachen für übermäßige Nähe oder Distanz zum Patienten und selbstpflegerische Interventionen zum Schutz davor.

Pflegeinterventionen spielen sich nicht nur in der Begegnung zwischen zwei Menschen sondern häufig in Gruppen ab. Das Kapitel beschäftigt sich daher auch mit Aspekten der Psychologie der Gruppe. Wir werden sehen, wie sich Gruppen zusammenfinden und wie sie funktionieren. Es werden Denkanstöße gegeben zu nützlichen Rahmenbedingungen der Gruppenarbeit und einem angemessenen Umgang miteinander.

Verbale und physische Übergriffe von psychisch erkrankten Menschen stellen eine besondere Herausforderung an alle Mitarbeitenden im psychiatrischen Arbeitsfeld dar. Aus diesem Grunde und dem daraus resultierenden dringenden Bedarf nach hilfreichen Handlungsstrategien, Interventionen, Einschätzungsverfahren und Steuerungstechniken entwickeln sich seit Ende der 90er Jahre Methoden und Aggressionsmanagementstrategien, die ein geplantes, effektives Handeln im Umgang mit Gewalt und Aggressionen ermöglichen.

Die Zusammenführung von Strukturen und Förderung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer im sektoral organisierten deutschen Gesundheitswesen ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung verschiedener Versorgungsmodelle. Der Leitgedanke der Modelle der Versorgung befasst sich mit der prozessorientierten Sicht auf eine Krankheit und die Krankheitsgeschichte eines Patienten. Über alle organisatorischen Leistungserbringergrenzen hinweg steht der Patient im Zentrum der Behandlung.

Die Soziotherapie – eine ambulante Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – wurde im Jahr 2000 rechtlich verankert. Sie soll die Betroffenen in die Lage versetzen, die erforderliche ärztliche Behandlung anzunehmen. § 37a SGB V regelt unter anderem, welche Patienten Soziotherapie erhalten können. Behandlungsplan, Maßnahmenkatalog und Leistungsumfang bilden den Rahmen für die praktische Arbeit. Die Soziotherapie soll koordinierend und begleitend unterstützen sowie durch Motivation und strukturiertes Training helfen, psychosoziale Defizite abzubauen.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- sich mit der professionellen und insbesonderen zwischenmenschlichen Beziehung zum Patienten auseinandergesetzt
- Kenntnisse gewonnen über das Modell der kongruenten Beziehungspflege – der Möglichkeit, die Beziehungsgestaltung zielgerichtet zu planen und Beziehungsbehinderungen zu erkennen
- sich mit der Nähe-Distanz-Problematik seitens der Pflegenden befasst und seine Wahrnehmung für mögliche Ursachen geschärft
- Anregungen für selbstpflegerische Interventionen erhalten
- Kenntnisse zu Gruppenbildungsprozessen und Rahmenbedingungen der Gruppenarbeit
- Eindrücke von günstigen Umgangsregeln in einer Gruppe
- Wissen über den typischen Ablauf von Gruppensitzungen
- Kenntnisse über eine Eskalation und Grundregeln deeskalierenden Verhaltens
- einen Überblick über Erklärungsmodelle für Aggressionshandlungen
- Besonderheiten und Ziele von Aggressions- und Sicherheitsmanagementkonzepten
- Einblick in die Methode von Leo Regeer
- einen Überblick über die Bereiche der psychiatrischen Gesundheitsversorgung

- Kenntnisse über die unterschiedlichen Arbeitsfelder der psychiatrischen Pflege
- allgemeine Kenntnisse über den Stellenwert der ambulant-komplementären psychiatrischen Versorgung
- Wissen über den Leitgedanken der Soziotherapie
- Kenntnisse über die gesetzlichen Grundlagen der Soziotherapie
- einen Überblick über die praktische Arbeit der Soziotherapie

Vorbemerkung

Definition

»Intervention« bedeutet laut Duden »Vermittlung«, »Fürsprache« und »Dazwischentreten«. Pflegeinterventionen werden auch als Pflegehandlungen oder Pflegemaßnahmen bezeichnet.

Pflegeinterventionen sind *ein* Baustein des Problemlösungs- und Beziehungsprozesses – dem Pflegeprozesses (s. Kap. 6.2). Prozesse sind komplex: eine Reihe von Tätigkeiten die ausgeführt werden, um ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen. Deshalb sind die Pflegeinterventionen im Rahmen des Pflegeprozesses nicht isoliert zu betrachten.

NURSING data, ein gesamtschweizerisches Projekt zur Vervollständigung und Standardisierung von Informationen der Gesundheits- und Krankenpflege, definiert Pflegeinterventionen als die Gesamtheit der Pflegeaktivitäten, die zur Erreichung eines Pflegeziels geplant und umgesetzt werden. Das setzt eine erste Einschätzung und Informationssammlung und die Feststellung von Problemen und Ressourcen voraus.

Bulechek und McCloskey-Dochtermann definieren Pflegeintervention weiterhin als »eine eigenständige (autonome), wissenschaftlich begründbare Handlung, die ausgeführt wird, um einem Patienten auf vorhersagbare Art und Weise einen Nutzen zu bringen. Die Handlung steht in Beziehung zur Pflegediagnose und zu den festgelegten Zielen« (zitiert nach Sauter et al., 2004).

Eine Überprüfung der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen und der Zielerreichung sind ein weiterer wesentlicher Baustein des Gesamtprozesses.

Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung, um die »richtige« Maßnahme zu ergreifen?

Pflegeinterventionsklassifikation

Die Pflegeinterventionsklassifikation soll das gesamte Spektrum pflegerischer Handlungen darstellen, diese Aktivitäten beschreiben, und die theoretische und praktische Wissensbasis der Pflege definieren und standardisieren. Die Kommunikation über Pflegeinterventionen kann somit gefördert und die Auswahl geeigneter Maßnahmen, durch alle in der Pflege Beschäftigten, erleichtert werden.

Der Fachbuchbereich bietet auch für den deutschsprachigen Raum bereits entsprechende Literatur. (z. B. »Pflegeinterventionsklassifikation« – NIC, von Bulechek und McCloskey-Dochtermann, 2005, Hans Huber Verlag).

Pflegediagnosen

Pflegeinterventionen werden, wie bereits erwähnt, mit Pflegediagnosen verbunden (▶ Kap. 16.3), um pflegerische Entscheidungsfindungen im Rahmen des Pflegeprozesses zu erleichtern. Anhand der Arbeit von Townsend (2000) soll auf diese Verbindung näher eingegangen werden.

Townsend erstellt eine Liste von Pflegediagnosen, die den nach DSM IV gegliederten psychiatrischen Krankheitsbildern zugeordnet sind. Ziele sind formuliert und zur Erreichung dieser gibt es eine Auswahl von entsprechenden begründeten Maßnahmen (= Pflegeinterventionen). Pflegeprobleme (jetzt Pflegediagnosen) sind allgemein verständlich und verbindlich beschrieben und dienen als Richtlinie zur Erstellung von Pflegeplänen und stellen den Nachweis über den Zweck der angewandten Maßnahmen dar.

Durch die Pflegediagnosen und die Zuordnung der geeigneten Maßnahmen kann eine »gemeinsame Sprache« innerhalb der Station, stations- und institutionsübergreifend gefunden werden – die Voraussetzung, um gemeinsame Ziele in der Pflege zu verfolgen.

Pflegediagnosen und Pflegeinterventionsklassifikationen dienen als Hilfsmittel und Orientierung:
- **zur Pflegeplanung**
- **zum Erkennen von Gesundheitsproblemen und um diese zu benennen**
- **zur Erleichterung der Verständigung über Pflegeprobleme und Vorgehensweisen**
- **zum Finden einer gemeinsamen pflegespezifischen Sprache**
- **um das berufliche Handeln sinnvoll zu ordnen**

Gefahren von Pflegeinterventionsklassifikation und Pflegediagnosen

Um eine Definitionsmacht seitens der Pflegenden zu vermeiden und die Individualität des einzelnen Patienten zu wahren, kann auf eine kritische Reflektion der Diagnosen und Interventionen nicht verzichtet werden, bevor diese zur Anwendung kommen.

Die Betroffenen (Patienten) sollten in die Entscheidung über die Auswahl der geeigneten pflegerischen Interventionen mit einbezogen werden.

Haben Sie Respekt vor der Expertise der Betroffenen!

In diesem Zusammenhang sollen die theoretischen Grundannahmen des Pflegeprozesses nochmals kurz erwähnt werden:
- Der Pflegeprozess ist ein dynamisches Geschehen und eine gemeinsame Wegstrecke, die Pflegende mit dem Patienten gehen.
- Pflegende und Patienten arbeiten miteinander und lernen voneinander.
- Pflege wird von/zwischen beiden Seiten geplant und durchgeführt und u. a. auch dadurch sichtbar, systematisch, begründbar und überprüfbar gemacht.

Pflegerisches Handeln bezeichnet Schröck (1988, S. 87) als »die intimste Dienstleistung sowohl im physischen wie im emotionalen Sinn, die ein Erwachsener von einem anderen Menschen annehmen kann.«

Sicherheit

Wie kann ich »wirklich« sicher sein, dass der Patient die Hilfe erhält, die er benötigt?

Um das pflegerische Ziel – dem Patienten die passende benötige Hilfe zukommen zu lassen – zu erreichen, formuliert Orlando (1996): »Die Pflegeperson muss die Initiative ergreifen, um dem Patienten zu helfen, die genaue Bedeutung seines Benehmens auszudrücken, damit sie seinen Kummer begreifen kann und sein Anliegen klargestellt ist.«

Der Patient kann im Rahmen z. B. von Demenz, einem akuten Krankheitsstadium, oder aufgund seiner Persönlichkeitsstruktur Schwierigkeiten haben, sein Anliegen und/oder seine Gefühle in Worte zu fassen. Der nonverbalen Kommunikation muss in diesem Zusammenhang große Bedeutung beigemessen werden. Patienten können auch wenige oder schlechte Erfahrungen damit gemacht haben, sich Hilfe einzufordern bzw. auf Hilfe angewiesen zu sein.

Die Möglichkeit der *körperbezogenen Interventionen* soll ebenfalls Erwähnung finden: eine besondere und sensible Form der Begegnung zwischen Pflegekraft und Patient. Pflegerische Anwendungen über Körperkontakt und zeitliche Anwesenheit sind beziehungsfördernd. Beispiele für körperbezogene Interventionen sind:
- Entspannungsübungen,
- Aromatherapie,
- äußere Anwendungen (z. B. Bäder, Wickel, Einreibungen, einfache Massagen),
- basale Stimulation und atemstimulierende Einreibung.

Dieses Potenzial als eine Möglichkeit der Intervention sollte in das tägliche pflegerische Handeln integriert werden. Bezüglich spezieller Pflegeinterventionen wird auf Sektion 5 »Spezielle psychiatrische Krankheitslehre: Pflege, Behandlung, Prävention« verwiesen.

10.1 Beziehung Patient und Pflegekraft

»Pflege ist nicht das, was Pflegende tun. Pflege ist auch nicht das, was Pflegende denken, das sie tun. Pflege ist das, was geschieht, während Pflegende etwas tun, das sie Pflege nennen.« Biley (1998) zitiert nach Krause et al. (2004)

Psychiatrische Erkrankungen gehen oft mit Störungen der Beziehungsfähigkeit einher, jedoch benötigt jede pflegerische Intervention ein »In-Beziehung-treten« zum Patienten. Der Patient und die Pflegekraft begegnen sich. Zwischen beiden findet eine Interaktion statt – es wird sichtbar kommuniziert und gehandelt.

Interaktion nicht gleichbedeutend mit Beziehung.

Die Pflegekraft ist nicht nur körperlich und in ihrer Funktion präsent, sondern auch als individueller Mensch. Auch der Patient unterscheidet sich durch seine persönliche Besonderheit von anderen Patienten. Beziehungen bestehen somit zwischen Menschen/Personen und sind mehr als die Interaktion innerhalb von »Rollen«. Beziehung ist ein emotionaler, unsichtbarer und lediglich aus dem Verhalten erkennbarer Prozess. Die Grundvoraussetzung für die Entstehung von Beziehungen ist das sog. »personale Gegenüber«. Die Betreffenden bleiben er oder sie selbst.

»Die Pflegende bringt sich in ihrer Einmaligkeit, mit ihren Stärken und auch Schwächen in die Beziehung zum Patienten mit ein. Dies hat weit reichende Folgen: Pflegende können sich nicht mehr hinter einer Rolle verstecken, und sie werden je nachdem als ganze Person in Frage gestellt und sind auch verwundbar. […] Pflegende müssen diese Verwundbarkeit zulassen – die Bereitschaft dazu, sei nichts anderes als die Anerkennung der eigenen Menschlichkeit.« Winkler (1996, S. 11f)

Zwischen Patient und Pflegeperson besteht eine zwischenmenschliche *und* professionelle Beziehung und dadurch ist die Pflegetätigkeit nicht als standardisierte Handlung zu verstehen und die Pflegeperson nicht als austauschbar Handelnde. Die Problemlösung und die Beziehung bedingen sich gegenseitig und diese beiden Prozesse bzw. diesen Pflegeprozess gab es schon immer.

10.1.1 Erwartungen an die Pflegende-Patienten-Beziehung

Die folgenden 3 Aspekte stehen in einem engen Zusammenhang und sind schwer gegeneinander abzugrenzen. Sie beschreiben die theoretische Erwartung an die Beziehung (Pohlmann, 2005, S. 28):

- persönliche und zwischenmenschliche Beziehung (Travelbee, 1971) – beschreibt die Grundhaltung von Pflegenden gegenüber Patienten; Travelbee definiert die Krankenpflege als zwischenmenschlichen Prozess zwischen beruflich Pflegenden und hilfsbedürftigen Menschen,
- kongruente Beziehung (Bauer, 1997) – konkretisiert das Verhältnis (▶ Kap. 10.1.2),
- heilende Beziehung (Benner,1994; Orlando 1996) – positives Ergebnis der Beziehung; nach Benner ist es die »heilende Beziehung«, die zwischen Patient und Pflegendem das Klima schafft, in dem die Heilung geschehen kann.

»Eine gute Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten setzt innere und äußere Ressourcen frei und gibt ihm Kraft, indem sie seine Hoffnung, seine Zuversicht und sein Vertrauen stärkt. […] Es ist unklar, wie oft rein technisch-medizinische Ursachen als ausschlaggebend für seine Genesung gesehen werden, während eine heilende Beziehung der wahre Grund dafür war.« (Benner, 1994, S. 208)

10.1.2 Die kongruente Beziehungspflege

Was bedeutet Kongruenz in der Beziehungspflege? Eine Erklärung von Carl R. Rogers: Das Ziel ist, eine möglichst hohe Kongruenz in der Pflegebeziehung zu erreichen. Kongruenz der Person bedeutet nach Rogers, das »Selbst-Sein«, ein Sein, das nicht darauf angewiesen ist, sich hinter Masken, Rollen oder Fassaden zu verbergen. Kongruenz besagt hier, dass ein Mensch das, was er erlebt oder leibhaftig empfindet, deutlich wahrnimmt, und dass ihm diese Empfindungen auch verfügbar sind. Rogers beschreibt dies auch als Transparenz der Person (Rogers, 1998). Die kongruente Beziehungspflege will diese Kongruenz der Person auch auf die Beziehung zwischen zwei Personen, dem Patienten und der Pflegekraft, übertragen. Rogers selbst sagt dazu:

»Kongruenz bedeutet, dass die Pflegekraft (Therapeut) ihrer selbst gewahr ist, dass ihr ihre Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern dass sie Sie auch durch ihr Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann. Es bedeutet, dass es sich um eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten handelt, eine Begegnung von Person zu Person.« (Rogers, 1988, S. 51)

Das Erreichen der Kongruenz in der Beziehungspflege ist laut Rüdiger Bauer das Produkt einer gemeinsamen Beziehungsarbeit mit dem Patienten, wobei die Pflegekraft eine professionelle Haltung einnimmt und ganz klar die Schwerpunktarbeit zu leisten hat. Im Nachfolgenden werden Aspekte der von Bauer beschriebenen kongruenten Beziehungspflege vorgestellt.

Bauer behandelt den personalen Aspekt des Beziehungsprozesses und beschreibt damit ein Konzept zur zielgerichteten Planung der Beziehungsgestaltung durch Pflegende. Gefordert wird eine intensive Auseinandersetzung der Pflegenden mit der eigenen Person, sodass über persönliche Auseinandersetzung mit den Themenbereichen Wahrnehmung, Kommunikation und Gesprächsführung die Grundlage für eine kongruente Beziehung zum Patienten geschaffen wird. Bauer fragt, ob es möglich sei, eine Systematik in das komplizierte und komplexe Werk menschlicher Beziehungen zu bringen.

> »Allein die Vielgestaltigkeit eines einzelnen Menschen in seiner ihm eigenen Wirklichkeit, die durch eine ganze Lebensgeschichte mit all ihren Erfahrungen, Kränkungen, Gewohnheiten und Phantasien bestimmt ist, in seinem eigensten Erleben der Welt um ihn herum und in der Beziehung zu sich selbst hat mich nachdenklich werden lassen.« (Bauer, 2004, Vorwort)

Das Konzept der kongruenten Beziehungspflege stützt sich auf die Pflegetheorie von Hildegard Peplau (1952) »Psychodynamische Pflege« und die »Pflegeprozesstheorien« von Ida Jean Orlando (Pelletier in Bauer, 2004). Das Konzept sieht sich auch dem neuen ganzheitlichen transformativen Paradigma (umformendes Musterbeispiel) der Pflege verpflichtet, innerhalb dessen Martha Rogers (in Bauer, 2004) mit ihrem »Modell des einheitlichen Menschen« anzusiedeln ist.

> »Psychodynamische Krankenpflege kann das eigene Verhalten verstehen, um anderen zu helfen, empfundene Schwierigkeiten zu erkennen und die Prinzipien der menschlichen Beziehungen auf die Probleme anzuwenden, die auf allen Ebenen der Erfahrung entstehen.« (Peplau in Bauer, 2004)

Peplau beschreibt in ihrer Theorie »Psychodynamische Pflege 4 Phasen der Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Pflegenden (▶ unten) und 6 Rollen, die eine Pflegekraft einnehmen kann:

- Rolle des Unbekannten,
- Rolle der Hilfsperson,
- Lehrerrolle,
- Führungsrolle,
- Stellvertreterrolle,
- Beraterrolle.

Es ist die Aufgabe der Pflegekraft, im Verlauf der kongruenten Beziehungspflege selbst eine möglichst hohe Kongruenz zu realisieren und durch ihre gezielte Beziehungsarbeit eine hohe Kongruenz der Beziehung herzustellen. Die Grundvariablen der klientenzentrierten Gesprächsführung sind dazu besonders geeignet (Empathie, Kongruenz, Akzeptanz, ▶ Kap. 7).

Die kongruente Beziehungspflege geht davon aus, dass Pflegekräfte, die sich in einen Prozess der Selbstöffnung hineinbegeben, eine angemessene Distanz zu sich selbst und zum Patienten finden. Nötige Haltungen dafür sind:

- Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben und Äußerungsbereitschaft,
- Erkennen der eigenen Bedürfnisbefriedigung, aber relative Unabhängigkeit davon – »welchen Nutzen ziehe ich aus der Beziehung zum Patienten?« (Helfen, Machtausübung etc.),
- Reflexion des eigenen Störungserlebens, aber relative Störungsfreiheit,
- Situationen im Leben der Pflegekraft (z. B. private Beziehungsstörungen) oder auch Ängstlichkeit, Depression und Unsicherheit können Einfluss auf die professionelle Interaktionsfähigkeit haben.

10.1.3 Beziehungsbehinderungen

Es ist die Aufgabe der Pflegekraft, Beziehungsbehinderungen beim Patienten und bei sich zu erkennen – diese Verantwortung, Beziehungsbehinderungen zu erkennen, liegt bei der Pflegekraft. »Beziehungsbehinderungen sind oft von einem unbestimmten Gefühl bei der Pflegenden geprägt« (Orlando, 1996). Orlando »rät«, die Wahrnehmungen ernst zu nehmen, Gefühle beim Patienten anzusprechen und zu hinterfragen.

Innere Beziehungsbehinderungen nach Bauer sind in der Person der Pflegekraft schon vorhanden oder neu entstanden (Lebensthema, aktuelles Thema).

Das »Lebensthema« (z. B. Ruhe und Geborgenheit oder Vertrauen zu sich selbst und anderen) oder aktuelle Themen seitens der Pflegeperson können Auswirkungen auf die Beziehungsarbeit haben, auf Wahrnehmung und Interventionen.

Beispiele für innere Beziehungsbehinderungen sind z. B.:
- Sympathie/Antipathie,
- Angst vor innerer Verletzung,
- spürbare Ablehnung durch den Patienten,
- innere Kündigung,
- Neid,
- Gekränktsein.

Äußere Beziehungsbehinderungen treten von außen durch den Patienten an die Pflegekraft heran und/oder werden durch unzureichende Organisationsstrukturen verursacht, z. B.:
- Aggressionen,
- Aussehen,
- politische, ethnische Ansichten,
- Distanzlosigkeit,
- äußere Faktoren, wie z. B. Räumlichkeiten, Lärm, Ablenkungen durch andere Verpflichtungen, Zeitmangel, Störungen etc.

Praxisbox

Stellen Sie sich die Frage: »Was behindert mich in der Beziehungsarbeit?«. Offenheit für sich in der Beziehung, Gefühle zulassen, nicht verdecken, verneinen – dies wird dadurch deutlicher und verstärkt (Angst, Ärger). Diese Gefühle sollten Sie im Sinne von Kongruenz und Wertschätzung aussprechen (Bauer, 2004).

10.1.4 Phasen einer Beziehung

Die Phasen einer Beziehung wurden von Hildegrad Peplau schon 1952 in der Theorie der **interpersonalen** Beziehung bzw. psychodynamische Pflege beschrieben:
- Orientierungsphase,
- Identifikationsphase,
- Nutzungsphase,
- Ablösungsphase.

Die Phasen gehen fließend ineinander über und sind keineswegs als ein starres Schema zu betrachten. Da sich das Konzept der kongruenten Beziehungspflege von Rüdiger Bauer u. a. auf die Pflegetheorie von Hildegard Peplau stützt, werden hier die Phasen einer Beziehung anhand seines Modells beschrieben.

Phasen der kongruenten Beziehungspflege

Bauer (2004) beschreibt mehrere Phasen der kongruenten Beziehungspflege.

Begegnungsphase

Patient und Pflegekraft sehen sich zum ersten Mal und haben beide mehr oder weniger bestimmte Wahrnehmungen voneinander. Bei beiden tauchen Gefühle auf. Sie nehmen die Gestalt, das Aussehen, die Wirkung der Person, das Gesicht, die Ausstrahlung und vieles mehr wahr. Hier kann sich bereits entscheiden, ob die »Chemie« stimmt. Diese Phase ist nicht beschränkt auf den ersten Eindruck. Sie ist auch ein gegenseitiges Kennenlernen, was über mehrere Tage bis Wochen gehen kann. In der Begegnungsphase findet auch die systematische Beziehungsdiagnostik statt. Die Pflegekraft beginnt die Pflegebeziehung mit dem sicheren Wissen, dass die Beziehung auch wieder beendet sein wird. Die professionell handelnde Pflegekraft überlässt von vornherein dem Patienten die Entscheidung darüber, wann er sie beenden will.

Kennen Sie die Eigenverantwortung des Patienten an!

Checkliste für das Wahrnehmen und den Klärungsversuch beziehungsfördernder und beziehungsbehindernder Aspekte seitens der Pflegenden (modifiziert nach Bauer, 2004):
- Verhalten, Sprache, Aussehen des Patienten,
- Kleidung usw.,
- Diagnose,
- Krankheitsverständnis,
- Rollenverständnis,
- Pflegeauftrag.

Die Situation und auftauchenden Gefühle sollten wahrgenommen und beschrieben und die Gefühle auf Unabhängigkeit oder die Eignung zur Förderung der Beziehungsarbeit geprüft werden.

Inkongruenzphase

Die Inkongruenzphase ist der Beziehungsabschnitt, in dem von der Pflegekraft höchste Professionalität und Kompetenz in der Wahrnehmung verlangt wird. Hier fällt die Entscheidung für einen erfolgreichen oder gescheiterten Beziehungsprozess und somit für den Problemlösungsprozess.

Checkliste für Aspekte, die zu Beziehungsbehinderungen und Inkongruenzen führen können (modifiziert nach Bauer, 2004):

- Pflegeauftrag erteilt?
- Krankheitsverständnis, -bearbeitung, -verarbeitung,
- Rollenverständnis,
- Werte und Glaubenssysteme,
- Psyche (z. B. Charakter, psychische Grundstruktur, aktuelle Lebenssituation),
- Art der Erkrankung (körperlich, psychisch etc.),
- Kommunikationsstil,
- Motivation,
- Wahrnehmung (egozentrisch, differenziert).
- Ist eine Akzeptanz seitens der Pflegeperson vorhanden?
- Gibt es die Möglichkeit der Klärung – mit oder ohne den Patient?

Bearbeitungsphase

Die Bearbeitungsphase ist erreicht, wenn sich die Pflegende für die professionelle Beziehungsarbeit und somit gegen die mechanistische Pflege entschieden hat. Der Patient hat noch nicht die Fähigkeit, um sich selbst kongruent zu verhalten. Die Pflegeperson entscheidet, was sie wann anspricht und welche Aspekte sie klären möchte.

Integrationsphase

Integration bedeutet, dass bei Pflegekraft und Patient ein Wissen um den anderen, um dessen Umgang mit Rollen, Gefühlen, Werten, Überzeugungen entstanden ist, und beide ihre Interaktion darauf ausrichten.

Kongruenzphase

Hier herrscht ein gegenseitiges tiefes Verständnis für die eigene und die andere Person vor, wo »*Wollen-Können-Sollen*« in der Begegnung völlig abgestimmt und reflektiert ist. Der Einzelne bleibt er selbst und in der eigenen Person echt und transparent. Diese Phase stellt das Idealbild der Beziehung dar. In einigen Bereichen kann sie schnell erreicht werden, in anderen in den vorherigen Phasen stecken bleiben.

Im Lehrbuch »Psychiatrische Pflege« (Sauter et al., 2004, S. 355 u. S. 361) werden ergänzend zu den 4 Phasen von Peplau 2 weitere Phasen erwähnt:

- die Phase vor der ersten Begegnung,
- die Zeit nach der Beendigung einer Beziehung.

Der Patient ist vor der Aufnahme lang- oder kurzfristig angekündigt, die Pflegekraft hat mehr oder weniger Informationen über ihn und macht sich Gedanken über die Gestaltung des Erstkontaktes. In dieser »Phase vor der ersten Begegnung« können sich Unsicherheiten und Bedenken seitens der Pflegekraft einstellen. Um möglichst offen in die Begegnung zu gehen, ist es wichtig, sich Klarheit über die eigenen Sorgen und Gefühle zu verschaffen.

Die vergangenen/»beendeten Beziehungen« begleiten uns und prägen Handlungen der Gegenwart und Zukunft. Walsh (1997) sagt, dass sich Pflegende manchmal noch nach Jahren gedanklich mit Patienten, mit denen sie intensive Erlebnisse hatten, beschäftigen (Sauter et al., 2004, S.361).

Klaus Dörner (1989) hat »Handwerksregeln« erstellt, die bedeutend für eine konstruktive Beziehung zum psychisch kranken Patienten sind. Sie werden in mehreren Fachbüchern als hilfreich für den Beginn, den Verlauf und das Beenden einer Beziehung erwähnt.

Die 12 Schritte zum Anderen nach Dörner:

- Pflegende wollen die Begegnung. Sie sind bereit, sich auf den anderen einzulassen.
- Sie sind auf die Einzigartigkeit der anderen Person neugierig.
- Sie sehen *den Menschen* und kategorisieren nicht.
- Sie respektieren, was der andere sagt.
- Sie respektieren diejenigen, die den Patienten kennen, da ihre Wahrnehmung nicht die einzig mögliche ist.

- Sie sehen den Patienten als Teil seiner materiellen und sozialen Welt.
- Sie erkennen und akzeptieren ihre »Ersatzfunktion« für einen begrenzten Zeitraum.
- Sie erliegen nicht der Faszination der Symptome und akzeptieren, dass der Patient etwas anderes will.
- Sie sagen nicht: »Ich verstehe Sie«.
- Sie wollen den Patienten nicht ändern.
- Sie wollen nicht über eine Krankheit, sondern mit der Person sprechen.
- Sie fragen den Patienten nicht aus.

10.1.5 Beziehungspflegeplanung und Beziehungsdiagnose

Eine geplante, patientenorientierte Pflege muss sichergestellt werden. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind Pflegende verpflichtet, ihre geleisteten und geplanten Tätigkeiten zu beschreiben. Das Konzept der kongruenten Beziehungspflege wird dabei als Instrument, Beziehung (wissenschaftlich begründet) zu planen, genutzt.

Die Grundlagen der Beziehungspflegeplanung finden sich im Konzept der kongruenten Beziehungspflege (Bauer, 1997 u. 2002) und den Thesen zur Beziehungsarbeit (Bauer, 2001). Der Beziehungsaspekt wird in der Pflegeplanung verdeutlicht und sichtbar gemacht – zusätzlich zur Suche von Problemlösungen für Pflegeprobleme.

Praxisbox

Der unsichtbare Aspekt – die Beziehungspflege – benötigt und verbraucht Zeit. Beziehungspflege wird dokumentiert! Beziehung wird als pflegerische Leistung erbracht.

Beziehungspflegeplanung erfolgt zusätzlich zur Pflegeplanung!

Die praktische Umsetzung der Beziehungspflegeplanung ist auch von einer wissenschaftlich begründbaren Methode, die das soziale Phänomen der Beziehung beschreiben kann, abhängig. Die Methode der **Grounded Theory** (Glaser u. Strauss, 1967) liegt der Beziehungspflege zugrunde (Krause et al., 2004, S. 125).

Definition

Beziehungsdiagnose ist die Wahrnehmung und Beschreibung von beziehungsfördernden und beziehungsbehindernden Aspekten und deren Betrachtung im Kontext einer Pflegebeziehung (Bauer, 2004, S. 135).

10.1.6 Einfluss der Krankenhaus-, Ablauf- und Organisationsstruktur auf die Beziehung

Ein strukturelles Beziehungsdilemma ergibt sich nach Raspe u. Siegrist (1979), da die Patienten in der Regel als Laien in eine professionelle Organisation kommen und ihr Wissensdefizit und ihre weitgehende Inkompetenz, ihre Initiativechancen schmälern (Pohlmann, 2005, S. 35). Der Patient erleidet »zusätzlich« einen Autonomieverlust und muss sich der Krankenhaushierarchie »unterwerfen«.

> »Starke Einschränkungen der Handlungsspielräume von Pflegenden kann auch Weidner (1995) in seiner Studie aufgrund mangelnder organisatorischer, aber auch persönlicher Ressourcen feststellen. Zusätzlich werden täglich wahrgenommene Dilemma-Situationen beschrieben: das Abwägen von Patientenbedürfnissen gegeneinander, das Abwägen von Patienten- und Organisationsbedürfnissen und das Abwägen von fremden und eigenen Bedürfnissen und Erfordernissen gegeneinander.« (Pohlmann, 2005, S. 32)

Eine Funktionspflege wirkt wesentlich »beeinflussend« auf die Beziehung, da sie durch Arbeitsteilung gekennzeichnet ist und somit einen kontinuierlichen Kontakt und das Aufbauen eines Vertrauensverhältnisses behindert.

Pflegerische Arbeitsorganisationen können nicht als primäre Ursache für Beziehungsstörungen angesehen werden, jedoch scheint ein Zusammenhang zwischen der Ablauforganisation und der Pflegenden-Patienten-Beziehung zu bestehen (Pohlmann 2005, S. 41).

10.1.7 Abgrenzung Beziehungsarbeit – Bezugspflege

Die Bezugspflege ist ein pflegerisches Organisationssystem, in dem der Begriff der Beziehungspflege häufig Verwendung findet. Beziehungsarbeit bedeutet das pflegerische Bearbeiten von psychischen, emotionalen, interpersonalen und **interdependenten** (voneinander abhängigen) Inhalten einer Pflegenden-Patienten-Beziehung. Die jeweiligen Bedeutungen der Inhalte liegen der Interaktion zu Grunde. Die Erkrankung, die Krankheitsverarbeitung, -entstehung, und mögliche Folgen für das weitere Leben wird beiderseits und gemeinsam erlebt und bearbeitet.

10.2 Nähe und Distanz

In diesem Kapitel wird die Nähe-Distanz-Problematik der Pflegenden näher betrachtet – nicht die Nähe-Distanz-Problematik der Patienten. Wenn die Pflegenden diese Thematik im Sinne der Selbstreflektion bearbeiten, ist dies eine beachtliche Voraussetzung, die Grenzen der Patienten wahrzunehmen und dafür zu sensibilisieren.

Elsbernd (2000, S. 140f.) stellt fest, dass sich Pflegende bei der Gestaltung der Beziehung zwischen Engagement und Distanz bewegen.

Martin Pohlmann ist in »Beziehung pflegen« (2005) der Frage nachgegangen, wie Pflegende ihre Beziehungen zu Patienten tatsächlich gestalten und was sie dabei als hilfreich oder hinderlich erfahren. Er führte 16 Interviews mit Pflegenden und analysierte diese reichhaltigen Daten phänomenologisch. Im Folgenden werden sich viele Aspekte und Ergebnisse aus seiner Auseinandersetzung mit dieser Thematik wiederfinden. Die Ergebnisse seiner »Untersuchung« zeigen die Ambivalenz der Pflegenden zwischen geforderter Nähe und gebotener Distanz in der Beziehung zum Patienten.

Die Beziehung zum Patienten findet innerhalb verschiedener Gegenpole statt, z. B.:

- Sympathie – Antipathie,
- helfen wollen – Hilflosigkeit,
- positives – negatives Feedback.

Darüber hinaus ist die Beziehung mit angenehmen (Anteilnahme, Interesse, Zuneigung, Wunsch zu helfen) und unangenehmen Gefühlen (Ärger, Wut, Ungeduld) verbunden.

Im Gegensatz zum Umgang mit Menschen im privaten Leben, kann sich der Pflegende den Patienten nicht aussuchen. Außerdem baut sich der Pflegende eine private Beziehung für sich selbst auf, da er von dieser Beziehung auch selbst profitieren möchte.

Distanz

Durch die hohe Präsenz der Pflegenden beim Patienten und das Miterleben von »Leid« können starke Gefühle seitens der Pflegenden ausgelöst werden. Wenn diese Gefühle nicht zugelassen, gezeigt oder sogar verdrängt werden, kann dies zu Unbehagen, Unsicherheit und Ängstlichkeit führen. Die Konsequenz könnte eine (notwendige) Distanz zum Patienten sein.

Die Distanz zum Patienten kann somit als emotionaler Schutz für die Pflegenden erforderlich werden – z. B. als Selbstschutz gegenüber distanzlosen, fordernden oder »unsympathischen« Patienten. Es gibt auch unangenehme Tätigkeiten, die Ekel, Scham, Peinlichkeit und Abwehrgefühle hervorrufen können und ein Gefühl des »Abstandnehmen-Wollens« zur Folge haben. Berufskleidung wird auch als emotionale Schutzkleidung »genutzt«; auch das »Sie« und »nichts Privates erzählen« bedeutet Distanz.

> »Eine professionelle Berufsrolle bietet auch Schutz für Pflegende und Patienten. Distanz zum Patienten trägt einerseits dazu bei, bestimmte negative Reaktionen des Patienten nicht persönlich zu interpretieren, und ermöglicht es andererseits, die Situation des Patienten möglichst neutral zu deuten. Ein mangelnder Rollenschutz müsse zu starken Emotionen bei Pflegenden führen, Emotionen, die nicht immer positiver Art sein können. So könnten sich bald Schuldgefühle wegen vermeintlichen Fehlversagens ergeben und in der Folge Aggressionen auf den Patienten entwickeln, die schuld an diesem vermeintlichen Fehlversagen sind.« (Strasser, 1994, S. 29)

Distanz wird auch erforderlich, um Berufs- und Privatleben voneinander trennen zu können – außerhalb der Klinik an den Patienten zu denken, schränkt das Privatleben ein.

Nähe

Nähe kann Angst auslösen und hohe Erwartungen und Vertrauen können als belastend erlebt werden.

> »Das ›Ertragenmüssen‹ der Nähe, der Intimität zum Patienten, auf die Pflegende nicht ohne emotionale Empfindungen reagieren können, führt zu Vermeidungsverhalten, um der Situation die Schärfe, Bedrohlichkeit und Angst zu nehmen.« (Jürgens-Becker, 1987, S. 23)

Trotz »bloßer Anwesenheit« und Zuhören wurde in Pohlmanns Untersuchung Hilflosigkeit gegenüber dem Patienten (z. B. mit maligner Erkrankung) als belastend und schwer aushaltbar erlebt. Grund dafür waren z. B. die Hilflosigkeit, kein adäquates Hilfsangebot machen zu können sowie Gefühle von Ohnmacht und Überforderung verbunden mit Schuldgefühlen.

Benner und Wrubel (1997) sprechen von der Gefahr eines Burn-out und der Berufsflucht, u. a. deshalb, weil die Grenzen zwischen dem Selbst und dem Anderen verschwimmen. Es besteht ein schmaler Grat zwischen Mitleid (grenzenloses Mitgefühl), Trauer, Wut, Verzweiflung, emotionaler Leere der Pflegeperson und emotionaler Distanzierung zum Patienten.

Benner u. Wrubel (1997, S. 436) beschreiben 2 Typen die sich intensiv um die Nähe zum Patienten bemühen:

1. Der **Narzisst** ist ausschließlich mit sich selbst beschäftigt und kämpft um die Liebe und Anerkennung anderer.
2. Der **Altruist** beschäftigt sich nur mit den anderen und läuft dadurch Gefahr, von deren Forderungen quasi aufgefressen zu werden und die eigene Selbstpflege nicht adäquat realisieren zu können – Stress ist dadurch vorprogrammiert.

Schwarze (1998, S. 54f) spricht von »emotionaler Kälte oder altruistischem Verhalten« – es gilt, Liebe und Güte als Werte für die heutige Pflege »neu« verstehen zu lernen.

10.2.1 Selbstpflegerische Interventionen

Zum Schutz vor übermäßiger Nähe oder Distanz zum Patienten kann als individuell hilfreich erlebt werden:

- Supervision,
- zu Hause belastende Situationen erzählen können,
- ein Austausch im Team,
- ein einheitliches Pflegeverständnis im Team.

Der professionellere Umgang mit belastenden Situationen setzt voraus, dass Pflegende ihre Gefühle achtsam erkennen und zulassen.

Den Gefühlen die Aufmerksamkeit zu verweigern – diese gar abzuwehren –, ist langfristig keine »gesunde« Stressbewältigung. Kontrolle »darüber« ist vielleicht erlernbar – Kontrolle ist kontraproduktiv, wenn sie das eigentliche Thema unbewusst macht.

Die »innere Stimme« gibt Pflegenden ein deutliches Signal und dieses sollten sie beachten. Eigene Belange müssen akzeptiert, ernst genommen und es muss dementsprechend gehandelt werden. Pflegende arbeiten im Gesundheitswesen und handeln gesundheitsfördernd – auch für sich. Da die Beziehung ein Wechselspiel der Gefühle sein kann, ist ein Ausgleich und Austausch wichtig. Innere Ruhe, innere Achtsamkeit und »persönliche Erfahrungsreife« sind nötig, um die nahe Beziehung zum Patienten nicht belastend zu erleben. Diese nahe Beziehung wird unter der Voraussetzung möglich, dass diese bewusst abläuft und Abgrenzung »erlaubt« ist.

10.3 Gruppenarbeit

10.3.1 Was macht Gruppenarbeit aus?

Definition

Eine Gruppe wird definiert als eine Anordnung von mehr als zwei Menschen, die längere Zeit miteinander interagieren, sich also wechselseitig beeinflussen, ein gemeinsames Ziel verfolgen und sich als »Wir« wahrnehmen.

In der Psychiatrie ist die Gruppe neben der Einzeltherapie das vorrangige Medium der Arbeit mit Patienten. Aber auch das Team, die Mitarbeiter eines Wohnbereichs oder einer Station sind eine Gruppe. Formell finden im Rahmen der psychiatri-

schen Versorgung verschiedene Gruppen statt. Zuerst denkt man möglicherweise an die gruppenpsychotherapeutischen Angebote für Patienten. Doch auch themenzentrierte Gruppen oder Selbsthilfegruppen haben in den meisten Institutionen ihren festen Platz. In diesem Kapitel steht die Gruppenarbeit mit Patienten oder mit Angehörigen im Vordergrund.

Die Gruppe in der Psychiatrie – gleich welchen Inhalts – ist ein Abbild dafür, wie Menschen Beziehungen gestalten und sich in sozialen Beziehungen verhalten. Die Gruppe, die innerhalb der Psychiatrie stattfindet, steht für die Beziehungen »draußen«. Das heißt, so wie sich Menschen in der Gruppe verhalten, verhalten sie sich auch draußen. Dies sind wichtige Informationen für die einzelnen Gruppenteilnehmer und den therapeutischen Prozess. Die Gruppe in der Psychiatrie ist also eine Gelegenheit, etwas über sich zu erfahren und Neues auszuprobieren. Dieser eher therapeutische Zugang sollte bei der Gruppenarbeit in der Psychiatrie immer mitschwingen, auch wenn man vielleicht »nur« eine Gruppe zur Ernährungsberatung gestaltet. Wer zur gruppenpsychotherapeutischen Arbeit weiterlesen möchte, dem sei ein Buch von Yalom (2005) empfohlen.

Eine Gruppe entwickelt sich in bestimmten Phasen, die man in jedem Gruppenbildungsprozess beobachten kann. Menschen übernehmen innerhalb von Gruppen eine bestimmte Funktion, eine Rolle. Manchmal unterscheiden sich die offiziell vorgegebenen Rollen von den informellen, was zu Konflikten führt. Als Leiter einer Gruppe habe ich die Aufgabe, diesen Phasen und den entsprechenden Vorgängen in der Gruppe entsprechend Raum zu geben. Die Gruppe soll unterstützt werden, an ihrem Ziel zu arbeiten. Diese Ziele können sehr vielgestaltig sein. ◘ Tabelle 10.1 gibt einen Überblick zu den Phasen, die eine Gruppe durchläuft, und den dazu gehörigen Leitungsaufgaben.

Gruppen durchlaufen Phasen, denen entsprechend man die Gruppe angemessen führen und gestalten muss.

In allen Phasen arbeitet die Gruppe immer wieder auf verschiedenen Ebenen: der Sachebene und der Beziehungsebene. Auf der *Sachebene* geht es um die eigentlichen Inhalte, weswegen die Gruppe zusammengekommen ist (z. B. die Veränderung bestimmter Verhaltensweisen oder die Erarbeitung von Informationen zu bestimmten Erkrankungen). Auf der *Beziehungsebene* geht es um zwischenmenschliche Sympathie und Antipathie, um Spannungen, Konflikte, Vertrauen, Status, Ängste der Gruppenmitglieder. Einige Gruppenpsychotherapien fokussieren ausschließlich auf die Beziehungsebene. Hier wird die Beziehung zum Thema gemacht.

◘ Tabelle 10.1. Gruppenphasen und Aufgaben für die Gruppenleitung

Phase	Leistungsaufgaben
Ankommen, Orientierung	– den Beginn gestalten – Information und Orientierung geben – vertrauensvolle, angenehme Atomsphäre schaffen – Zeitrahmen und Plan vorgeben und einhalten
Hierarchie innerhalb der Gruppe und zum Leiter/zur Leiterin festlegen	– die eigene Führungsposition festigen – Klärung von verschiedenen Interessen der Gruppenmitglieder zulassen – Selbststeuerung der Gruppe fördern – Interesse der Gruppenmitglieder untereinander fördern
inhaltliche, zielorientierte Arbeit	– inhaltliche Arbeit fördern und anerkennen – den eigenständigen, konstruktiven Arbeitsprozess der Gruppe moderieren – Methoden, Arbeitsweisen vorschlagen
Ende/Auflösung der Gruppe	– das Ende der Gruppe und das Ziel ansteuern – Transfer des Erarbeiteten in Bereiche, die außerhalb der Gruppe liegen (z. B. außerhalb der Klinik) thematisieren – den Abschied gestalten

10.3.2 Rahmenbedingungen für die Arbeit mit Gruppen

Größe der Gruppe

Um effiziente Arbeitsprozesse zu ermöglichen, sollte eine Gruppe nicht weniger als 6 und nicht mehr als 12 Personen umfassen. Eine geringere Anzahl bietet wenig Vielfalt an Beziehungen der Gruppenmitglieder untereinander. Bei einer höheren Personenzahl wird es zunehmend schwer, intensive und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Es bleibt alles eher unverbindlich. Die Gruppe läuft Gefahr, sich in Untergruppen zu zersplittern und wäre dann auch bloß in diesen Untergruppen angemessen arbeitsfähig.

Dauer der Gruppe

Wie schon erläutert, durchläuft eine Gruppe während ihrer Bildung diverse Phasen. Diesem Prozess muss man Zeit geben. Wie viel Zeit ist natürlich abhängig von dem Inhalt, weswegen die Gruppe zusammenkam. Grundsätzlich kann eine Gruppe solange bestehen, wie sie ein gemeinsames Ziel definiert. Wenn man den Gestaltungsspielraum hat, sollte man sich auch überlegen, ob man eine offene oder geschlossene Gruppe anbietet. In einer offenen Gruppe können permanent neue Teilnehmer dazu kommen oder andere Teilnehmer die Gruppe verlassen, in einer geschlossenen Gruppe nicht. Der Nachteil einer offenen Gruppe ist, dass die Teilnehmer immer wieder die Phasen der Orientierung und Rollenverteilung durchlaufen müssen und möglicherweise die eigentliche Arbeitsphase hinausgeschoben wird. Ein Vorteil einer offenen Gruppe ist hingegen, dass schon erfahrene Gruppenteilnehmer die neuen durch ihr Verhalten motivieren können und ein Modell dafür sein können, wie man angemessen arbeiten kann in der Gruppe. Dies spielt beispielsweise in der Suchttherapie eine bedeutende Rolle.

Die Dauer einer Sitzung sollte möglichst 90 Minuten nicht überschreiten. Die Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit lässt dann ohne eine Pause deutlich nach. Noch wichtiger als die Dauer ist es allerdings, die festgelegten Zeiten einzuhalten. Die Gruppenleitung hat für den pünktlichen Beginn und das Ende der Sitzung zu sorgen!

Regeln

Es hat sich als nützlich erwiesen, gewisse Regeln zum Umgang miteinander aufzustellen und darauf zu achten, dass diese von den Teilnehmern eingehalten werden. Einige dieser Regeln wurden von Ruth C. Cohn, einer Vertreterin der humanistischen Psychologie, entwickelt und als ein Gruppenkonzept veröffentlicht: die »Themenzentrierte Interaktion« (Cohn, 1997). Die Themenzentrierte Interaktion bedeutet eine demokratische Umgangsweise und die Anerkennung der Selbstverantwortung jeden Teilnehmers. Die Themenzentrierte Interaktion beinhaltet folgende Forderungen an den Umgang der Gruppenmitglieder untereinander und an die Gruppenleitung:

1. Sei Dein eigener Chairman und bestimme, wann du reden oder schweigen möchtest und was du sagst (Sei für dich selbst verantwortlich).
2. Störungen haben Vorrang.
3. Sprich in Ich-Form.
4. Stelle möglichst nur Informationsfragen. (Es ist beinahe immer besser eine persönliche Aussage zu machen, als eine Frage zu stellen.)
5. Seitengespräche haben Vorrang. (Wenn Teilnehmer Seitengespräche führen. So sind sie mit wahrscheinlich stark beteiligt oder gar nicht.)
6. Nur einer zur gleichen Zeit bitte. (Es spricht immer nur eine Person.)
7. Sei authentisch und selektiv in Deiner Kommunikation. Mache Dir bewusst, was Du denkst und fühlst, und wähle aus, was Du sagst und tust.
8. Beachte Signale aus Deinem Körper und achte auch auf solche Signale bei den anderen.
9. Sprich Deine persönlichen Reaktionen aus und stelle Interpretationen so lange wie möglich zurück.

Regeln sollen Hilfen und Anregung sein. Für manche Gruppenanliegen müssen sie vielleicht ergänzt oder etwas anders formuliert werden. So ist es z. B. vorstellbar für eine Gruppe, die sich zur Verarbeitung von Trauer und Verlust zusammenfindet, explizit die Regel aufzunehmen »Jeder darf seine Gefühle hier zeigen, wie unterschiedlich sie auch sein mögen«. Für Gruppen mit Kindern sind einfachere Formulierungen, die Beschränkung auf weniger Regeln oder vielleicht die Darstellung mit Bildern sinnvoll. Gruppen mit Menschen, die unter einer Psychose leiden, soll-

ten ebenfalls mit wenigen und einfachen Regeln gestaltet werden. Die Teilnehmer können sich schnell überfordert fühlen und das Gefühl haben, dem Gruppenziel nicht gerecht zu werden.

Man bedenke auch, dass Regeln, die gemeinsam in der Gruppe erarbeitet werden, mit größerer Wahrscheinlichkeit von allen eingehalten werden, als die »nur« von der Gruppenleitung vorgegebenen. Fragen, wie »Was soll hier passieren, was nicht, wie wollen wir mit einander umgehen?«, können zum Nachdenken anregen.

Anrede untereinander

Häufig wird die Anrede mit dem Vornamen und dem »Du« von den Gruppenmitgliedern als erleichternd empfunden und als Zeichen des Vertrauens gewertet. Das »Sie« ist eine Anrede, welche mehr Distanz schafft. Daher fühlen sich manche Teilnehmer beim »Sie« – gerade am Anfang eines Gruppenbildungsprozesses – wohler und sicherer. Wichtig ist, dass jede Gruppe selbst die Form der Anrede auswählt, mit der alle Mitglieder einverstanden sind. Dabei scheint die Einheitlichkeit der Anrede wichtiger zu sein als die Form.

Räumliche Bedingungen

Die räumlichen Rahmenbedingungen können starken Einfluss auf die eigentliche Gruppenarbeit nehmen. Die einzelnen Gruppenleiter und Gruppen gestalten den Rahmen entsprechend ihres Geschmacks sehr unterschiedlich. Man sollte sich aber darüber klar werden, dass die Rahmenbedingungen, die man schafft oder akzeptiert, eine Aussage darüber machen, wie man sich die Gruppenarbeit vorstellt. Indem man sich z. B. um angemessene Rahmenbedingungen für die Gruppenarbeit sorgt, verdeutlicht man schon das erste Mal sein Interesse an dieser Gruppe, den Teilnehmern und den behandelten Inhalten.

Falls persönliche Dinge besprochen werden, ist es wichtig, für eine ungestörte Atmosphäre zu sorgen. Ein einfaches Schild an der Tür »Bitte nicht stören‹ kann nützlich sein. Günstig ist es, wenn alle Teilnehmer im Kreis sitzen, damit sich alle gegenseitig sehen können. Ansonsten gilt, dass was für die eine Gruppe richtig ist, für eine andere völlig unangemessen sein kann. Es lohnt sich daher, dann und wann die äußeren Rahmenbedingungen in der Gruppe zu besprechen.

Ablauf einer Gruppensitzung

Grob umrissen unterteilt man jegliche Sitzungen in 3 Schritte: die Eröffnung, den eigentlichen Hauptteil und das Ende. Solcherlei festgelegte Abläufe erleichtern den Teilnehmern, sich auf die Gruppenarbeit einzustellen und einzulassen sowie am Ende wieder davon Abstand zu gewinnen.

Eröffnung

Manchmal reicht dazu ein Satz der Begrüßung. Für die Arbeit mit Kindern bietet sich ein Lied an. Auch kleine Körperübungen (z. B. Atemübung, Ball zuwerfen und den Namen nennen) können als Eröffnungsritual genutzt werden, sie bringen auf jeden Fall »Bewegung« in die Gruppe. Viele Gruppen profitieren auch von einem »Blitzlicht«. Bei einem Blitzlicht äußert sich jedes Gruppenmitglied kurz dazu, wie es ihm seit der letzten Sitzung ergangen ist, wie er sich gerade fühlt oder ob er heute über etwas Bestimmtes sprechen will. Die Äußerung des Teilnehmers wird nicht kommentiert. Man fasst sich dazu sehr kurz, aus einem Blitzlicht soll kein Flutlicht werden!Falls bei 12 Teilnehmern jeder 1 Minute spricht, ist sonst schon eine viertel Stunde vorüber. Ist eine Gruppe größer, kann es günstiger sein, Blitzlichter oder kurze Gespräche in kleinen Gruppen anzuregen und aus jeder Kleingruppe das Wichtigste in die gesamte Gruppe einzubringen.

Hauptteil

Der Hauptteil wird entsprechend des Anliegens der Gruppe gestaltet. Daher sind auch verschiedene Methoden angemessen. Als Leiter kann man z. B. bestimmte Arbeitstechniken anregen, kreative Methoden oder Übungen anbieten oder gar spezielle Themen einbringen. In jedem Fall achtet man auf die Einhaltung von Zeit und Regeln.

Beendigung

Es empfiehlt sich, die Sitzung ähnlich zu beenden, wie man sie begonnen hat. Da die Blitzlichtmethode aber oft zu viel Zeit in Anspruch nimmt, kann man auch fragen, ob jemand zum Schluss noch etwas sagen möchte. Auch kann es nützlich sein, Dinge, die nach und außerhalb der Gruppe stattfinden können, anzuregen (etwas zu tun, zu schreiben, über etwas nachzudenken). Wichtig ist, dass die Sitzung tat-

sächlich beendet wird, und die Gruppe sich nicht einfach irgendwie auflöst.

Die Arbeitsweise der Gruppe wird auch von den Rahmenbedingungen bestimmt. Daher müssen diese sorgfältig bedacht werden.

10.4 Aggressionsmanagement – Deeskalationsstrategien

10.4.1 Allgemeines zur Psychologie von Eskalationen

Eine *Eskalation* ist Ausdruck einer sich aggressiv entwickelnden zwischenmenschlichen Interaktion, die einhergeht mit einer stufenweisen Zunahme von emotionalen und kognitiven Spannungsbögen. Diese können von einer einfachen interaktiven Verhärtung bis hin zu Selbst- und Fremd-Zerstörung reichen. In der Regel erfolgt dieses Geschehen in Stufen, wobei jede Stufe mit einem Schwellenerleben verbunden ist, das uns zur Besinnung, zum Innehalten oder zur Umkehr aufruft. Bei diesen Schwellen handelt es sich um intuitives Erfahrungswissen, das dem Selbstschutz durch warnende, das Bewusstsein aufrüttelnde Signalfunktionen dient. Unter anderem deshalb schlägt ein Konflikt nicht gleich in völlige Zerstörung um, sondern intensiviert sich aufbauend, sofern nichts dagegen unternommen wird.

Ihren Anfang nimmt eine Eskalation in der subjektiven Bedeutungsgebung aufgrund eines Differenzerlebens, meist zwischen mindestens zwei Personen. Dabei erlebt einer der Beteiligten den Umgang mit einer Differenz (Sichtweise) so, dass er durch das Handeln des Anderen dabei beeinträchtigt wird, die eigenen Vorstellungen, Gefühle oder Absichten so zu leben oder zu verwirklichen, wie er es möchte. Das zieht Veränderungen der Wahrnehmung, des Denkens, des Fühlens und des Handelns nach sich.

10.4.2 Allgemeines zur Deeskalation

Deeskalierend einzugreifen bedeutet, eine bestehende oder sich anbahnende Aggressionsstufe zu durchbrechen, sodass das Aggressionsniveau sinken kann. Folgende Verhaltensregeln erweisen sich als hilfreich, deeskalierend (mod. nach Fäh-Oehy u. Ilkow, 2004):

- zeitnah und angemessen reagieren,
- Grund bzw. Gründe des Aggressionsverhaltens identifizieren,
- ruhig, sicher, bestimmt und selbstbewusst auftreten, ohne zu provozieren,
- Sicherheit aller Beteiligten bedenken, Flucht- und Notfallmöglichkeiten, gefährliche Gegenstände,
- Verantwortung mit anderen Mitarbeitern teilen,
- deeskalierende Interventionen sollten, wenn möglich, nur von einer Person ausgehen,
- Aufrechterhaltung von Empathie, Aufrichtigkeit, Respekt und Fairness,
- Signalisierung von Einfühlung und Sorge,
- kleine Zugeständnisse, nur wo wirklich möglich, erlauben,
- Klient nicht in die »Ecke« drängen,
- Vermeiden von persönlichem Machtkampf,
- Achtung und Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls,
- verbale und nonverbale Kommunikation zielführend und bewusst einsetzen,
- bedachtsam Verhandlungsangebote anbieten.

10.4.3 Erklärungsmodelle für Aggressionshandlungen und Eskalationen

Die meisten aggressiven Handlungen und Eskalationssituationen von Seiten der Klienten werden in den ersten Tagen der Behandlung bzw. Betreuung verzeichnet. Seltener treten sie im weiteren Behandlungs- und Betreuungsverlauf auf. Hervorzuheben ist, dass Bezugspersonen seltener Übergriffen ausgesetzt sind!

Die Gründe für Eskalationen sind in der Regel komplexer Natur, indem meist mehrere auslösende Faktoren zusammenspielen. Diese Faktoren können ihren Ursprung in folgenden Erklärungsmodellen haben:

- *klientenbezogenes* Erklärungsmodell, z. B.:
  - krankheitsbedingte Verhaltensänderungen durch Wahrnehmungsverzerrungen (Wahn, Halluzinationen),
  - Bedrohungserleben und Angst,

  - reduzierte Impulskontrolle,
  - eingeschränkte, mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten,
- *situationsbezogenes* Erklärungsmodell, z. B.:
  - Zwangsunterbringung,
  - Vorerfahrungen aller Beteiligten,
  - Infrastrukturelle Faktoren, z. B.: keine oder eingeschränkte Rückzugsmöglichkeiten, räumliche Enge, neue – veränderte – Umgebung, Überfüllung, Ort des Geschehens
- *interaktionsbezogenes* Erklärungsmodell, z. B.:
  - neue Bezugspersonen,
  - Konfliktbewältigungs- und Kommunikationsfähigkeiten aller Beteiligten,
  - Grundhaltung und Verhalten der Mitarbeitenden,
  - vorausgegangene Interaktionen,
  - Situationen mit Aufforderungscharakter,
  - Beziehungsaufbau und Beziehungskompetenz der Pflegenden, Mitarbeitenden.

Bislang dominierte das klientenbezogene Erklärungsmodell als Begründung aggressiver Übergriffe. Bei dieser einseitigen Sichtweise lagen die Ursachen beim Klienten. Die systemischen Kenntnisse aus der Aggressions- und Gewaltforschung rücken demgegenüber die Qualität der Interaktion und die Qualität der Situation bei der Entstehung von aggressivem Verhalten in den Vordergrund und kräftigen die folgende Aussage.

Es besteht in der Regel ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten des Klienten und der subjektiv empfundenen Pflegebelastung von Pflegenden.

Dieser Zusammenhang zusammen mit der Verschiebung, weg vom klientenbezogenen Erklärungsmodell hin zu einer systemischen Sichtweise, rückt auch die Interaktionsfähigkeiten der betreuenden Pflegenden in den Fokus und fördert ein Umdenken wie auch eine notwendige Weiterentwicklung konflikt- und kommunikationspsychologischer Kompetenz. So ermöglicht z. B. die Wahrnehmung und Reflexion eigener Gewaltanteile in einer eskalierenden Situation eine Chance für alle Beteiligten, in deren Folge präventive Maßnahmen ableitbar und generierbar sind. Diese Maßnahmen, z. B. Aggressionsskalierung, Selbstreflexion oder Handlungskonzepte, bieten nicht nur einen wichtigen und notwendigen präventiven Beitrag, sondern bringen eine zeitgemäße pflegeprofessionelle Haltung zum Ausdruck. Diese Haltung orientiert sich nicht, wie bisher an einem defizitär geprägten Handlungsverständnis (was fehlt?), sondern fokussiert auf eine Kompetenz- und Ressourcenorientierung (was ist da?). Dies führt zu neuen Handlungsansätzen und Handlungsaufgaben für Pflegende.

Die Integration systemischer Erklärungskonzepte über die Entstehung von Aggressionen und Übergriffen bildet eine Grundlage, mit deren Hilfe sich der Pflege-Fokus ändern kann: Veränderung von einer monokausalen bilateralen, personenzentrierten Sichtweise zu einem Verständnis systemisch bedingter Beziehungsstrukturen, die auch den Einfluss struktureller Faktoren berücksichtigt, ändern kann.

10.4.4 Aggressions- und Sicherheitsmanagementkonzepte

Im Laufe der letzten Jahre haben sich vereinzelt Aggressions- und Sicherheitsmanagementkonzepte entwickelt, deren Ziel es ist, aggressives Verhalten frühzeitig wahrzunehmen, einzuschätzen und entsprechende Handlungsstrategien abzuleiten und anzuwenden (Broset Violence Checklist – BVC, RADAR Methode Regeer). Damit tragen sie auch der Verantwortung Rechnung, die systembedingten Gewaltanteile psychiatrischer Pflege (z. B. Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung) deutlicher zu machen und einer handlungsfähigen, pflegeprofessionellen Ebene zuzuführen.

Weitere *Ziele* dieser Konzepte sind (mod. nach L. Regeer):

- die Bildung eines eindeutigen Begriffsrahmens von Aggression und Gewalt,
- die Entwicklung einer (inter)nationalen eindeutigen Registrierung von aggressiven, gewalttätigen Zwischenfällen,
- die Entwicklung einer Sicherheitspolitik in den Gesundheitsinstitutionen,
- die Prävention von Aggressions- und Gewalthandlungen durch geschultes Personal,
- die Förderung von Konflikt- und Kommunikationskompetenz aller Beteiligten.

Allen Konzepten gemeinsam ist, ein Raster anzubieten, das hilft, aggressives Verhalten einschätzbar zu machen, zu erfassen und zu dokumentieren (vgl. Broset Violence Checklist – BVC, RADAR Methode Regeer).

Frühzeitiges situatives, angemessenes konflikt- und kommunikationskompetentes Verhalten ermöglicht im Idealfall die Verhinderung oder Begrenzung einer Eskalationssituation bzw. es reduziert das Ausmaß und die Folgeschäden aller Beteiligten in einem Eskalationsereignis. Dieser präventive Ansatz findet zunehmend Umsetzung in stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und erfordert ein angepasstes Sicherheitsmanagement, das nicht nur die eigentliche »Situation« managt, sondern weit mehr berücksichtigt, wie z. B. die geplante Nachversorgung aller Beteiligten nach einem Zwischenfall über einen längeren Zeitraum. Hierzu sind auch angepasste personelle Maßnahmen erforderlich, wie z. B. modulare, wiederholende Trainingsmaßnahmen für das gesamte Personal, eine Dienstplangestaltung, die den Anforderungen des Sicherheitsmanagements entspricht, infrastrukturelle Anpassungen, wie z. B. die Möglichkeit in die Natur zu gehen, zu laufen, zu schreien, zu toben, Telefonbücher zu zerreißen, einen »Kraftraum«, Turnhalle, um aggressive Energie auszulassen und nicht zuletzt, je nach Arbeitsfeld, einen vor Selbstverletzungen geschützten Isolationsraum.

Ergänzend zur *Rasterungstechnik* aggressiven Verhaltens fordern und fördern diese Modelle/Konzepte gezielte, wiederholende Schulungsmaßnahmen für die Anwendung physischer Sicherheitstechniken, die gewaltsame Übergriffe abwehren helfen, *ohne* einen körperlichen Schaden beim Klienten zu verursachen. Dies bedarf eines regelmäßige Trainings!

Exemplarisch für diese Aggressions- und Sicherheitskonzepte wird die Methode von Leo Regeer vorgestellt.

Aggressions- und Sicherheitsmanagement nach der Methode Leo Regeer

Leo Regeer entwickelte Mitte der 90er Jahre eine Methode, der er eine Klassifizierung wahrzunehmender aggressiven Verhaltens zugrunde legte und mit einem Training ergänzte (CFB: Controle uit Fysieke Beheersing – Kontrolle und physische Beherrschung). Das modulare CFB-Training ist so aufgebaut, dass es methodische Grundlagen vermittelt, die die Einschätzung und Registrierung von Aggressionen und Gewalt erfassen helfen (▶ RADAR-Klassifizierung), präventive Maßnahmen schult (wie z. B. Wahrnehmungs- und Kommunikationstechniken), Interventionen einübt, die der Kontrolle von Gewaltsituationen dienen, Sicherheitsstrategien vorstellt und Techniken der Nachbetreuung anbietet.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Einübung persönlicher Sicherheitstechniken und teamorientierter Sicherheitstechniken, die so entwickelt sind, dass kein Beteiligter zu körperlichen Schaden durch Anwendung der CFB-Techniken kommt. Diese Techniken bieten einen Handlungsrahmen, deeskalierend einzugreifen und kritische Situationen zu entschärfen bzw. selbstschützende, protektive Maßnahmen zu ergreifen, die helfen können, Schlimmeres zu verhindern.

Das Herzstück dieser Methode ist die *RADAR*-Klassifizierung (*R*egistrierung, *A*ggression, *D*iagnostik, *A*nalyse, *R*isiken). Hierbei sollen möglichst objektiv empirische Phänomene erfasst werden und entsprechend ihrer Muster in Gruppen zusammengefasst werden, die ihrerseits verschiedenen pflegerischen Diagnosen zugeordnet werden. Regeer hat hierzu 3 Ebenen/Niveaus von aggressiven Problembereichen definiert und zusätzlich eine 4. Ebene zugeführt, die er assertives Verhalten nennt (assertives Verhalten steht für das Eintreten für sich selbst, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, dabei respektiert es die eigenen Rechte und Pflichten, wie auch die der anderen):

- 0. Niveau: assertives Verhalten,
- 1. Niveau: agitiertes Verhalten,
- 2. Niveau: verbales/psychisches Verhalten,
- 3. Niveau: physisch gewalttätiges Verhalten.

Alle Ebenen/Niveaus hat er in weitere 3 Ebenen unterteilt und diesen bestimmte Verhaltensmerkmale zugeordnet, z. B.:

1. Niveau: agitiertes Verhalten:

- 1. Ebene:
  1. Ausstrahlung der Spannung,
  2. erhöhte physische Aktivität,
  3. erhöhtes Volumen und Sprechtempo,
  4. mäßiges Schwitzen,
  5. leichter Tremor,

6. ängstlicher Affekt,
7. Spannung mimisch lesbar,
8. Konzentrationsverlust,

- 2. Ebene:

9. erhöhte Schrecksamkeit,
10. zunehmende Unruhe und Aktivität,
11. Gefühl der zunehmenden Spannung,
12. geballte Fäuste und Hände,
13. weitere Erhöhung des Tempos und Sprechvolumens,
14. Ansprüche stellen,
15. verbale Bezichtigungen und Äußerungen der Bedrohung,
16. Hyperwachsamkeit,

- 3. Ebene:

17. ausladende Aktivität,
18. zielloses Auf- und Abgehen,
19. Schreien und Weinen,
20. Fluchen,
21. heftiges Schwitzen,
22. Verstörtheit/Hast,
23. Gefühl des bevorstehenden Verlusts der Kontrolle und mögliche Gewalt.

Aus der Zuordnung und Einteilung der beobachtbaren Merkmale ergibt sich eine Einschätzung des vorhandenen aggressiven Potenzials und Verhaltens, auf das dann adäquat deeskalierend reagiert werden soll. Die Fähigkeit, kompetent und adäquat zu reagieren, wird im Rahmen der Trainingsmodule geschult, bedarf aber darüber hinaus stetiger Weiterentwicklung.

10.5 Zusammenarbeit mit ambulant-komplementären Einrichtungen

Die Reform der stationären Psychiatrie in Richtung ambulanter und gemeindenaher Versorgung stellt neue Herausforderungen an die Pflege. Die pflegenden Funktionen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern, gewinnen an Bedeutung. Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege bedeutet in diesem Zusammenhang den geschlossenen Settingansatz, z. B. der stationären Versorgung, zu verlassen und in der Versorgung dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen im jeweiligen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitswelt zu begegnen. In der Psychiatrie haben integrierte Versorgungsmodelle, wie gegenwärtig in der Gesundheitsreform gefordert, bereits Eingang gefunden. Psychiatrische Versorgungsmodelle haben in vielen Bereichen des Gesundheitswesens damit eine Vorreiterrolle gegenüber anderen Versorgungsbereichen eingenommen. Behandlungskontinuität über die institutionellen Schranken hinweg – stationär-, teilstationär-, ambulant-, komplementär – findet bereits prozessorientiert statt. Die Einbeziehung des familiären, beruflichen und sozialen Umfeldes, wie etwa die selbstverständliche Berücksichtigung psychologischer und sozialer Faktoren in der Diagnostik und Behandlung, haben bereits Eingang gefunden.

Multiprofessionelles Handeln spielt im therapeutischen Prozess unter Mitwirkung von Patienten und Angehörigen eine wesentliche Rolle und hat einen höheren Grad an Selbstverständlichkeit als in anderen Disziplinen erreicht.

»Mit den Stichworten ‚verhandeln statt behandeln', im Dialog und im Trialog (Patient, Angehöriger, Profi) Entscheidungen erarbeiten, ist ein entscheidender Schritt zum mündigen Patienten getan, dessen Mitwirkungsbereitschaft mit dieser Entwicklung dramatisch gestiegen ist.« (Pörksen, 2004, S. 331)

Die Forderung nach Teilhabe an Arbeit und am gesellschaftlichen Leben ist für viele, vor allem chronisch psychisch kranke Menschen, noch nicht erreicht. Auch heute sind noch viele psychisch erkrankte Menschen in Heimen untergebracht, die mit Unterstützung allein oder mit anderen zusammen, in größtmöglicher Autonomie leben könnten.

Nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft liegt die bedarfsgerechte vollstationäre Zahl für eine ausreichende Versorgung bei 0,55 – 0,8 Behandlungsplätze je 1000 Einwohner, dabei wird die konkrete Messziffer entsprechend den regionalen Bedingungen bestimmt (vgl. Fritze, Schmaus u. Saß, 2005). Die regionalen Bedingungen sind unterschiedlich, da z. B. in ländlichen Regionen der ambulant-komplementäre Bereich zu wenig ausgebaut ist und daher vermehrt stationäre Behandlungsplätze vorgehalten werden. Die vollstationäre psychotherapeutische Versorgung ist in vielen ländlichen Regionen überwiegend wohnortfern in Rehabilita-

tionskliniken angesiedelt. Mittelfristig gilt es eine Veränderung zu Gunsten einer wohnortnahen Behandlung in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen umzusetzen. Neben der Einbindung in die gemeindenahe psychiatrische Akutversorgung werden von den Fachkliniken zunehmend rehabilitative Aufgaben übernommen. Abhängig von lokalen Gegebenheiten können in Häusern, die aus Gründen mangelnden Bedarfs über keine bettenführende Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, für den psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Bedarf Liaison-Dienste eingerichtet werden. Die Verzahnung von voll- und teilstationärer sowie ambulanter Versorgung wird durch Institutsambulanzen, die für schwerst chronisch psychisch erkrankte Menschen ein Behandlungs- und Versorgungsangebot vorhalten, ergänzt. Die ambulante Behandlung wird durch niedergelassene Ärzte (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Hausärzte) und Psychologische-Psychotherapeuten sichergestellt. Für die Betreuung chronisch psychisch erkrankter Menschen, die oft bedeutsame Einschränkungen in mehreren Lebensbereichen hinnehmen müssen, sollten beschützte Wohnmöglichkeiten vorgehalten werden. Weitere Hilfen, wie ambulante Pflegedienste oder spezielle psychiatrische Pflegedienste, Ergotherapie und Sozialarbeit, stehen zur Verfügung (vgl. Schwarz u. a., 2003).

Um das Ziel der frühzeitigen Integration in das individuelle Lebensumfeld des psychisch erkrankten Menschen zu fördern, werden zusätzlich zu den Fachkliniken und Abteilungen, Tageskliniken und komplementäre Einrichtungen im Netzwerk der psychiatrischen Versorgung bereitgehalten. Abschließend ist anzumerken, dass diese Entwicklung in Deutschland – auch fast 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete – jedoch noch nicht flächendeckend erreicht ist. Besonders in den ländlichen Bereichen besteht an dieser Stelle noch Nachholbedarf.

Innerhalb der Gesundheitsversorgung lassen sich verschiedene Bereiche unterscheiden:

- stationärer (Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken),
- teilstationärer (Tageskliniken) und
- ambulanter Bereich (z. B. niedergelassene Ärzte, Institutsambulanzen).

Im psychiatrischen Versorgungssystem nimmt der Bereich der komplementären Versorgung eine nicht zu unterschätzende Rolle ein. Gemeint sind damit außerklinische Einrichtungen für psychisch erkrankte Menschen, die nicht dem engeren Sinne der Behandlung dienen, jedoch aber im Hinblick auf eine Stabilisierung der genannten Personengruppe eine entscheidende Funktion übernehmen. Institutionen der komplementären Versorgung sind z. B. Kontaktstellen, tagesstrukturierende Einrichtungen, Krisendienste, betreute Wohneinrichtungen, Einrichtungen zur Arbeitsrehabilitation etc.

In der psychiatrischen Versorgung ist dieser Bereich nicht nur als komplementär (ergänzend) zu verstehen, sondern hat mit der zunehmenden Reintegration in die Gesellschaft als psychiatrische Behandlung und Versorgung eine zentrale Aufgabe.

In den Empfehlungen der Expertenkommission (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit) Ende der 1980er Jahre, wurde für die psychiatrische Pflege festgelegt, dass v. a. der ambulant-komplementäre Bereich als zentrales Arbeitsfeld ausgebaut werden soll. Erst heute scheint es, hat sich dieses psychiatrische Arbeitsfeld als Aufgabenfeld psychiatrischer Pflege etabliert. Psychiatrische Pflege findet heute in nahezu allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung statt und ist ein fester Bestandteil von multiprofessionellen Teams. Die Kompetenzerweiterung wird durch das breite Aufgabenspektrum der psychiatrischen Pflege deutlich. Es umfasst auf der einen Seite Tätigkeiten einer qualifizierten Behandlungspflege und auf der anderen eine enge Kooperation mit anderen Diensten und koordinierenden Tätigkeiten im Sinne eines Case-Managements.

Die Zusammenhänge von Gesundheitsförderung und die Aufgaben der psychiatrischen Pflege innerhalb eines gemeindenahen Versorgungssystems, die in allen Lebensbereichen des zu betreuenden Patienten stattfinden können, verlangen ein hohes Maß an Kompetenzen. ◘ Abb. 10.1 gibt einen Überblick über das gesamte Spektrum psychiatrischer Versorgung.

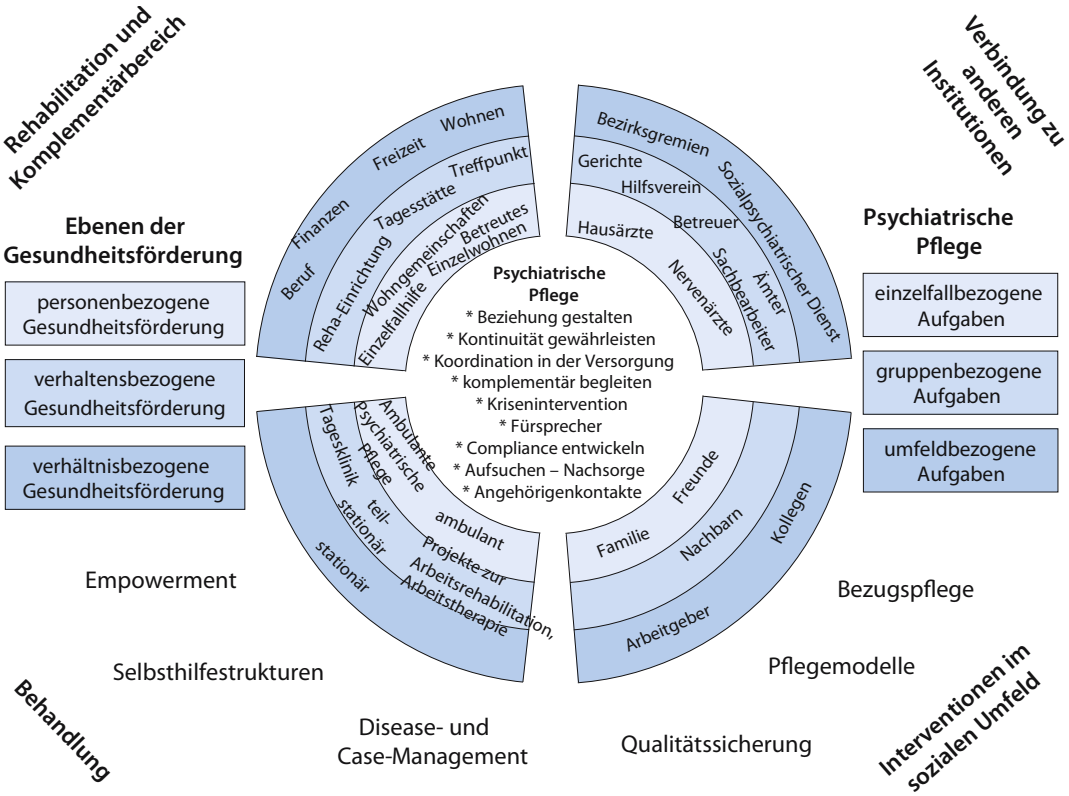


Abb. 10.1. Gesundheitsförderung und psychiatrische Pflege im Netzwerk der Versorgung

10.6 Soziotherapie nach § 37a SGB V

10.6.1 Einleitung

Die Psychiatrie-Enquete (1975), das Modellprogramm der Bundesregierung (1980–1985) sowie die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) haben den Ruf nach ambulanter Versorgung immer lauter werden lassen. Bis dahin waren die ambulanten Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen sehr rar gesät. Die Zahl der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit bis zu 1000 Betten war groß; die Anzahl der darin untergebrachten Langzeitpatienten ist nach wie vor nur geringfügig gesunken. Für die meisten chronisch psychisch kranken Menschen überwiegt die wohnortferne stationäre gegenüber der ambulanten Versorgungsform.

Die Maxime »so viel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig« haben dann die Spitzenverbände der Krankenkassen genutzt und im Januar 1995 das Modellprojekt »Ambulante Rehabilitation Psychisch Kranker« gestartet. Das Modellprojekt wurde wissenschaftlich begleitet und diente schließlich als Grundlage für die sozialrechtliche Verankerung der ambulanten Soziotherapie. Durch das Gesundheitsstrukturgesetzt wurde im Jahr 2000 die ambulante Soziotherapie, gemäß den Empfehlungen der Expertenkommission, als eine neue Leistung der Krankenkassen für psychisch kranke Menschen in das SGB V eingeführt, verankert im §37a SGB V.

Die Soziotherapie stellt einen wichtigen Schritt im Strukturwandel der psychiatrischen Versorgung – weg von der institutions- und angebotsorientierten hin zur personen- und bedarfsorientierten Behandlung – dar. Die Verankerung der ambulanten Soziotherapie im Sozialgesetzbuch als ein Bestandteil der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen, auf die jeder Versicherte einen »einklagbaren« Rechtsanspruch hat, entspricht ebenfalls den

Forderungen der Expertenkommission und bedeutet, dass der Forderung nach Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen entsprochen wurde.

10.6.2 Gesetzliche Grundlage

Die gesetzliche Vorschrift zur Leistungserbringung der ambulanten Soziotherapie ist der §37a SGB V. Während in Abs. 1 dieses Gesetzes die ambulante Soziotherapie grundsätzlich beschrieben ist, werden in Abs. 2 die in den Soziotherapie-Richtlinien nach §92 SGB V (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217, S. 23735, vom 21.11.2001) näher zu konkretisierenden inhaltlichen Anforderungen zu den Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung genannt.

Umfassend definiert wird ambulante Soziotherapie in den Soziotherapie-Richtlinien hinsichtlich der Grundlagen und Ziele, der Indikation und Therapiefähigkeit, des Leistungsinhalts, der Verordnung und des Leistungsumfangs als auch des Inhalts und Umfangs der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

Anspruchsvoraussetzungen

§37a Abs. 1 SGB V beschreibt die Anspruchsvoraussetzungen für Patienten:

- Es kommen Patienten in Betracht, die schwer psychisch krank und nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.
- Krankenhausbehandlung muss verkürzt, vermieden oder ersetzt werden, wenn diese geboten, aber nicht durchführbar ist.

Es werden 2 Hauptziele verfolgt:

- Verkürzung, Vermeidung oder Ersatz von Krankenhausbehandlung, wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.
- selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen.

Diese Ziele werden durch verschiedene Maßnahmen erreicht:

- Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen sollen dem Patienten helfen, psychosoziale Defizite abzubauen.
- Der Patient soll in die Lage versetzt werden, durch Soziotherapie die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen.
- Soziotherapie ist koordinierende und begleitende Unterstützung auf der Grundlage definierter Therapie(teil)ziele.
- Arbeiten im sozialen Umfeld der Patienten (d. h. vertraute Umgebung, Einbeziehung von Angehörigen, Freunden etc. ist möglich).

Den Patienten betreffende Voraussetzungen

Therapeutische Leistung

Es muss eine therapeutische Leistung vorhanden sein, d. h. die Patienten müssen ein Grundverständnis sowie eine Form der Krankheitseinsicht haben, um diese Leistungen überhaupt in Anspruch nehmen bzw. umsetzen zu können. Sie müssen über eine notwendiges Maß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen. Sie sollten in der Lage sein, Absprachen einhalten zu können.

Personenkreis

In Frage kommen nur Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises sowie verschiedenste depressive Erkrankungsbilder bei Grundlage bestimmter Fähigkeitsstörungen. Diese werden anhand der **GAF-Skala** bemessen. Hier kommt eine soziotherapeutische Versorgung nur für einen beschränkten Teil psychisch erkrankter Menschen zum Tragen.

Folgende Diagnosen stellen eine Indikation zur Soziotherapie dar:

- Schizophrenie (F20.0 bis F20.6),
- schizotype Störung (F21),
- anhaltende wahnhafte Störung (F22),
- induzierte wahnhafte Störung (F24),
- schizoaffektive Störung (F25).

Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen:

- gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolar affektiven Störung (F31.5),
- schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3),

- gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.3).

Voraussetzung für die Verordnung von Soziotherapie sind Defizite in den folgenden Bereichen.

Fähigkeitsstörungen:

- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,
- Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,
- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,
- mangelnde Compliance im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und mangelnde Fähigkeit zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

GAF-Skala: Gemessen wird das Niveau der psychosozialen Funktionsstörungen anhand der GAF-Skala. Um Soziotherapie verordnen zu können, darf der Wert 40 (von 100) auf der GAF-Skala nicht überschreiten.

Besonders indiziert ist Soziotherapie für Patienten, die im letzten Jahr mehrfach wegen der Schwere ihrer psychiatrischen Erkrankung stationär behandelt werden mussten oder bei denen eine stationäre Behandlung unmittelbar droht.

10.6.3 Arbeit des Soziotherapeuten

Die Durchführung der Soziotherapie setzt voraus, dass ein *Betreuungsplan* erstellt wird. Er ist das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses zwischen dem Patienten, dem verordnenden Arzt und dem Soziotherapeuten (STP). Er wird zu Beginn der Maßnahme vom Leistungserbringer erstellt und kontinuierlich aktualisiert.

Im Betreuungsplan müssen enthalten sein:

- Benennung der in den vergangenen 6 Monaten in Anspruch genommenen stationären psychiatrischen Hilfen,
- Anamnese,
- Diagnose,
- aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen und Schweregrad gemäß GAF-Skala,
- die angestrebten Therapie(teil)ziele mit Angabe der erforderlichen Teilschritte (Nah- und Fernziel),
- die zur Erreichung der Therapie(teil)ziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen,
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen,
- die Prognose.

Die Soziotherapie umfasst die erforderliche Koordination und terminliche Abstimmung der ärztlichen Behandlung und der ärztlich verordneten Leistungen der Behandlung (auch zu anderen Leistungserbringern) sowie ggf. die Begleitung des Patienten zu den einzelnen Behandlungsmaßnahmen.

Der Soziotherapeut verrichtet Arbeit im häuslichen Umfeld. Ein Beispiel: Durch Mietrückstände droht eine Kündigung der Wohnung. Der Soziotherapeut entwirft mit dem Patienten eine Strategie, um dies zu vermeiden.

Es wird eine fortlaufende soziotherapeutische Dokumentation durchgeführt, insbesondere über Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen. Es erfolgt eine Berichterstattung an den verordnenden Arzt, die Krankenkasse und evtl. den MDK.

Maßnahmen

Zu den durchgeführten Maßnahmen gehören:

Motivations-(antriebs-)relevantes Training. Mit dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld des Patienten statt.

Handlungsanleitung und Vermittlung von Selbsthilfe, d. h. der Soziotherapeut muss nicht zwangsläufig alle im soziotherapeutischen Behandlungsplan festgelegten Therapieziele selbst erbringen, er kann bei entsprechender therapeutischer Notwendigkeit an Fachkräfte aber auch an Hilfskräfte delegieren.

Grundsätzlich sollten aber alle fachlichen Aspekte der Versorgung von Fachpersonen mit den im festzulegenden Vertrag und den Bundesempfehlungen zur Soziotherapie definierten Vorraussetzungen geleistet werden. Ausschließlich Hilfstätigkeiten, die keine fachlichen Vorraussetzungen verlangen, wie Begleitung zu Arztbesuchen, Begleitung zu weiterführenden Diensten oder einfache tagesstrukturierende Tätigkeiten könnten ggf. nach gemeinsamer Absprache des behandelnden Arztes und des Soziotherapeuten delegiert werden. Hier ist der individuelle Einzelfall entscheidend.

Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung. Dies bedeutet das Aufzeigen und die Vermittlung von Auswirkungen einzelner Krankheitssymptome.

Hilfen beim Erkennen von Frühwarnzeichen einer Verschlechterung des Krankheitszustands zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.

Hilfe in Krisensituationen. Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen wie der beruflichen Situation des Patienten, ggf. auch aufsuchend.

Leistungsumfang

Es besteht eine *zeitliche Begrenzung* der Therapiestunden: insgesamt 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens 3 Jahren. Eine Verordnung umfasst maximal 30 Therapieeinheiten. Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten, die maßnahmebezogen in kleinere Zeiteinheiten aufgeteilt werden kann. Die Soziotherapieeinheit ist im Regelfall als Einzelmaßnahme, in begründeten Fällen auch als Gruppenmaßnahme zu erbringen (bis zu 12 Teilnehmer). Dann umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten.

Die Soziotherapie ist zu beenden, wenn:

- sich herausstellt, dass die Therapieziele nicht erreicht werden können, oder
- die Therapieziele vorzeitig erreicht werden.

Konkrete Arbeit

Soziotherapie findet im sozialen Umfeld der Betroffenen statt und unterstützt einen Prozess zur Förderung von sozialer Kompetenz und einen besseren Umgang mit der Erkrankung. Dabei analysiert der Leistungserbringer nicht nur die häusliche, soziale und berufliche Situation des Patienten, er kann auch Familienangehörige, Freunde und Bekannte zur Unterstützung einbeziehen. Außerdem soll der Leistungserbringer nach einem soziotherapeutischen Betreuungsplan die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für den Patienten koordinieren.

Um die Therapieziele zu erreichen, kann Soziotherapie auch den Patienten an komplementäre Dienste heranführen. Außerdem soll sie Patienten motivieren, diese Leistungen überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Besonders wichtig ist: Soziotherapie leistet aufsuchende Hilfe in Krisen- und Notsituationen. Sie umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll Soziotherapie den Patienten zur Selbständigkeit anleiten und ihn so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.

Soziotherapie ist zuerst eine *Koordinationsleistung*. Der Soziotherapeut soll den Betroffenen durch den Dschungel von Leistungen führen und Angebote, wie berufliche Rehabilitation, Ergotherapie, Psychotherapie, Pflege und ärztliche Behandlung miteinander koordinieren. Außerdem soll Soziotherapie den Patienten motivieren, diese Leistungen überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Viele Betroffene sind krankheitsbedingt antriebsgemindert und nur eingeschränkt belastbar, mitunter fehlen aufgrund früher Störungen viele wichtige lebenspraktische Kompetenzen. Mit soziotherapeutischer Unterstützung zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer können die Betroffenen wichtige Alltagskompetenzen (wieder) erlernen.

Es herrscht inzwischen Einvernehmen, dass ein stabiles und stützendes soziales Umfeld wesentlichen Einfluss auf den Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen hat. Gute soziale Ressourcen tragen bedeutsam zur Stabilisierung bei. Isolation und Benachteiligung produzieren Stress. Zwei Drittel der Psychosekranken erleiden infolge der Erkrankung soziale Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen, die sich in sozialem Rückzug manifestieren können. Unbehandelt haben diese Veränderungen dauerhafte Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und verschlechtern die Prognose. Hier knüpft

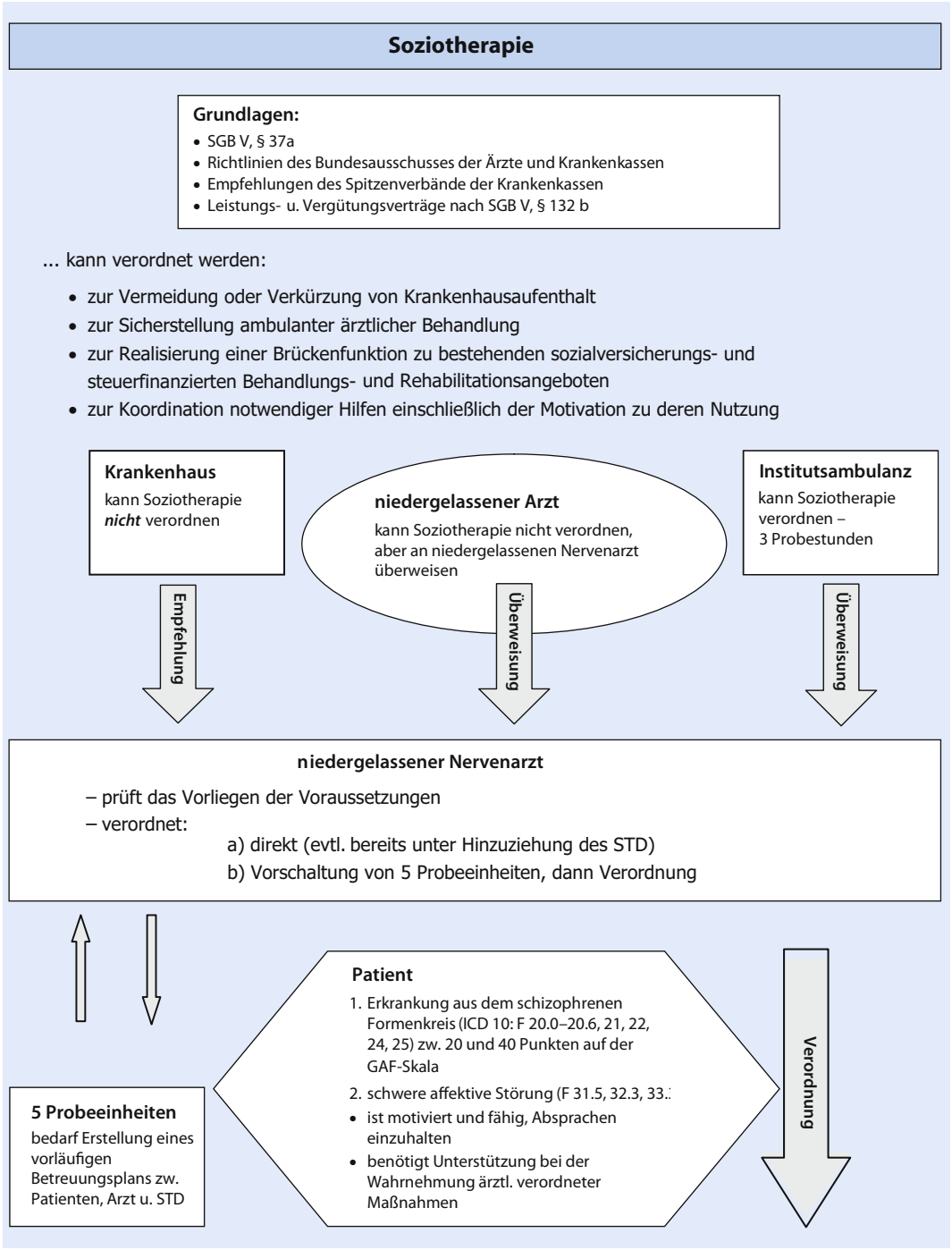


Abb. 10.2. Schematische Darstellung der Verordnung von Soziotherapie

Soziotherapie an, indem sie Betroffene dabei unterstützt, mit Hilfen zur Kontaktanbahnung und Beratung zur Beziehungsgestaltung ein solches Umfeld aufzubauen oder im sozialen Kontext (Familie) Konflikte zu bewältigen.

Den betroffenen Menschen steht ein professioneller Soziotherapie-Dienst (STD) zur Seite. Die ambulant und stationär versierten Fachpflegekräfte und Sozialpädagogen besitzen eine mehrjährige Berufserfahrung. Sie sichern die Einbindung in einen gemeindepsychiatrischen Verbund. Sie nehmen auch die Rolle des Wegweisers durch die verschiedene Instanzen des Gesundheitswesens wahr: Eine Verordnung zur Soziotherapie bedarf sehr spezifischer Wege, wie ◘ Abb. 10.2 veranschaulicht.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- In welchem Kontext sind Pflegeinterventionen zu betrachten? (Vorbemerkung)
- Welche Hilfsmittel stehen mir für die Entscheidungsfindung der »richtigen« Pflegeintervention zur Verfügung und was muss ich bei deren Anwendung berücksichtigen? (Vorbemerkung)
- Welche Beziehungen bestehen zwischen Patient und Pflegekraft? ▶ Kap. 10.1
- Warum ist »Interaktion« nicht gleichbedeutend mit »Beziehung«? ▶ Kap. 10.1
- Welche Rolle spielt die Beziehung bei der Heilung? Kap. ▶ 10.1.1
- Was bedeutet Kongruenz in der Beziehungspflege und wie kann diese erreicht werden? ▶ Kap. 10.1.2
- Was kann die Beziehung behindern und wie erkenne ich dies? ▶ Kap. 10.1.3
- Wie können Beziehungsbehinderungen geklärt werden? ▶ Kap. 10.1.4
- Was führt zur Ambivalenz seitens der Pflegenden zwischen geforderter Nähe und gebotener Distanz? ▶ Kap. 10.2
- Wie können sich Pflegende vor übermäßiger Nähe oder Distanz zum Patienten schützen? ▶ Kap. 10.2.1
- Was sind Regeln des Umgangs in einer Gruppe nach der Themenzentrierten Interaktion? ▶ Kap. 10.3.2
- Wie ist eine Gruppensitzung aufgebaut? ▶ Kap. 10.3.2?
- Wie definieren Sie den Begriff Eskalation? ▶ Kap. 10.4.1
- Nennen Sie mindestens 5 Verhaltensregeln, die hilfreich sein können, das Aggressionsniveau zu senken! ▶ Kap. 10.4.2
- Beschreiben Sie in kurzen Zügen ein Aggressions- und Sicherheitsmanagementkonzept! ▶ Kap. 10.4.4 u. Kap. 10.4.5
- Welche verschiedenen Bereiche lassen sich innerhalb der Gesundheitsversorgung unterscheiden? ▶ Kap. 10.5
- Was soll die Soziotherapie erreichen? ▶ Kap. 10.6.1
- Welche Vorraussetzungen sind für schwer psychisch kranke Menschen maßgebend, um Soziotherapie zu erhalten? ▶ Kap. 10.6.2
- Wie setzt sich der Betreuungsplan zusammen? ▶ Kap. 10.6.3
- Welche Maßnahmen unterstützen den betroffenen Menschen darin, Handlungskompetenz zu erlangen? ▶ Kap. 10.6.3
- Wie ist der Leistungsumfang von Soziotherapie gestaltet? ▶ Kap. 10.6.3

Literatur

Almvik R, Woods P (1998) The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violance: Some prelimiary results. In: Psychiatric Care 6: 208

Almvik R, Woods P (2003) Short-term risk prediction: the Broset Violence Checklist. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10: 231

Almvik R, Woods P, Rasmussen K (2000) The Broset Violence Checklist: Sensivity, specifity and interater reliability. In: Journal of Interpersonal Violence 12: 1284

Bauer R (2004) Beziehungspflege. ibicura, Unterostendorf

Bell CC (Ed) (2000) Psychiatric aspects of violence: Issues in prevention and treatment. New directions for mental health services, 86. Jossey-Bass, San Francisco

Benner P (1994) Stufen der Pflegekompetenz. Hans Huber, Bern

Benner P, Wrubel J (1997) Pflege, Stress und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern

Brandt R (2002) Inwieweit beeinflusst die pflegerische Beziehung aggressives Verhalten von Patienten? In: Psych Pflege 8: 253

Breakwell GM (1998) Aggression bewältigen – Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. Hans Huber, Bern

Cohn R (1997) Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. Klett-Cotta, Stuttgart

Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC (2000) Pflegediagnosen und Massnahmen. Hans Huber, Bern
Dörner K (1989) Psychiatrische Erstbegegnung in Würde. Verlag für medizinische Psychologie
Duxbury J (2002) An evaluation of staff and patient views of strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9
Elsbernd A (2000) Pflegesituationen: Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Hans Huber, Bern
Fäh-Oehy H, Ilkow E, (2004) unveröffentlichtes Skript
Faulbaum-Decke W (2001) Ambulante Soziotherapie – Ein neues Aufgabenfeld für psychiatrische Fachpflegekräfte. In: Pflege aktuell 3
Frieboes R-M (2005) Grundlagen und Praxis der Soziotherapie. Richtlinien, Begutachtung, Behandlungskonzepte, Fallbeispiele, Antragsformulare. Kohlhammer, Stuttgart
Fritze J, Schmauß M, Saß H (2001) Die Krankenhausplanung der Länder muss Ausbau der gemeindenahen Psychiatrie im Sinne der Entstigmatisierung vorantreiben. http://www.dgppn.de/stellungnahmen/kh-plan.pdf [Stand: 13.06.2005]
Glasl F (1994) Konfliktmanagement. Freies Geistesleben, Stuttgart
Glasl F (2000) Selbsthilfe in Konflikten. 2. Aufl Freies Geistesleben, Stuttgart
Glaus Hartmann M (2000) Aggression/Gewalt. In: Käppeli S (Hrsg) Pflegekonzepte, Bd 3. Hans Huber, Bern
Grywa D, Zeller A (2003) Aggressionsmanagement – ein sinnvoller Ausbildungsinhalt in der Pflegeausbildung? In: PR-InterNet 12: 281
Habermann M, Uys LR (2003) Violence in nursing – international perspectives. Peter Lang, Frankfurt aM
Hartdegen K (1996) Aggression und Gewalt in der Pflege. Gustav Fischer, Stuttgart
Haupt WF, Jochheim K-A, Remschmidt H (2002) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe. Thieme, Stuttgart
Hilke R, Kempf W (Hrsg) (1982) Aggression – Naturwissenschaftliche und kulturwissenschaftliche Perspektiven der Aggressionsforschung. Hans Huber, Bern
Hillman JL (2002) Crisis intervention and trauma: New approaches to evidence-based practice. Kluwer Academic / Plenum Publishers
Kast V (1998) Vom Sinn des Ärgers. Kreuz, Stuttgart,
Krause P et al (2004) Interventionen Psychiatrischer Pflege. ibicura, Unterostendorf
Langemaack B, Braune-Krickau M (2000) Wie Die Gruppe laufen lernt – Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen. Ein praktisches Lehrbuch. Beltz, Weinheim
Mattson M (2003) Neurobiology of aggression: Understanding and preventing violence. Humana Press
McKenna B, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH (2003) Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. In: Journal of Advanced Nursing 42 (1): 90
Monahan J et al (2001) Rethinking risk assessment – The MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford University Press, Oxford
Orlando IJ (1996) Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Hans Huber, Bern
Pohlmann M (2005) Beziehung pflegen. Hans Huber, Bern
Pörksen N (2004) Psychiatrie – Noch sind nicht alle Ziele erreicht. In: Pflege Aktuell 6: 328
Regeer L (1998) Aggression und Gewalt in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 6: 500
Richter D (1999) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken – Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Lambertus, Freiburg iB
Richter D, Berger K (2001) Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege. In: Psych Pflege 7: 242
Richter D, Berger K (2001) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. In: Nervenarzt 72: 693
Rogers CR (1988) Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer
Rosenberg MB (2003) Gewaltfreie Kommunikation – Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen. Junfermann, Paderborn
Sauter D et al (2004) Lehrbuch Psychiatrischer Pflege. Hans Huber, Bern
Sauter D, Richter D (1998) Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Hans Huber, Bern
Schröck R (1988) Forschung in der Krankenpflege – Methodologische Probleme, Pflege, Bd 2
Schulz von Thun F (2003) Miteinander reden – Störungen und Klärungen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
Schwarz FW et al (2003) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl., Urban u. Fischer, München
Schwarze G (1998) Beziehungen und Gefühle in der Pflege. Urban & Schwarzenberg, München
Shepherd J (Ed) (2001) Violence in healthcare – Understanding, preventing and surviving violence: A practical guide for health professionals. 2. Ed Oxford University Press, Oxford
Steinert T (2002) Gewalttätiges Verhalten von Patienten in Institutionen: Vorhersagen und ihre Grenzen. In: Psychiatrische Praxis 29: 61
Strasser P (1994) Die Grenzen der Liebesethik, Teil II. In: Pflege aktuell 1
Thiede H (2004) Es gilt einfallsreich, flexibel und ausdauernd zu sein. Erste Erfahrungen eines Trägers bei der Umsetzung der Soziotherapie. In: Psychosoziale Umschau 2
Townsend MC (2000) Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. 2. Aufl Hans Huber, Bern
Walter G, Oud N (2003) Aggression und Gewalt in der Psychiatrie. In: Pflege Aktuell 11: 568
Whittington R, Patterson P (1998) Verhalten von seelisch gestörten Menschen unmittelbar vor einem Angriff. In: Psychiatrische Pflege 4: 6
Winkler K (1996) Die persönlich-pflegerische Beziehung – Menschlicher Beistand: ein Grundbedürfnis. In: Krankenpflege soins infirmiers 9
Yalom ID (2005) Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. btb, München

11 Pharmakologie in der psychiatrischen Pflege

Katrin Nehring

11.1 Definitionen – 196

11.2 Grundsätzliches zum Umgang mit Psychopharmaka – 197

11.3 Neuroleptika – 197
11.3.1 Umgang mit Neuroleptika – 197
11.3.2 Compliance – 199
11.3.3 Verabreichungsformen – 200

11.4 Antidepressiva – 200
11.4.1 Umgang mit Antidepressiva – 200
11.4.2 Compliance – 202
11.4.3 Verabreichungsformen – 202

11.5 Phasenprophylaktika (Lithium und Antiepileptika) – 202
11.5.1 Umgang mit Lithium – 202
11.5.2 Compliance – 203
11.5.3 Verabreichungsformen – 204
11.5.4 Antiepileptika (Antikonvulsiva) – 204

11.6 Benzodiazepine – 204
11.6.1 Umgang mit Benzodiazepinen – 204

11.7 Antidementiva – 205
11.7.1 Umgang mit Antidementiva – 205

Literatur – 206

In Kürze

Die pharmakologische Behandlung in der Psychiatrie ist seit Jahren und Jahrzehnten sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Pflegepersonal ein kontrovers diskutiertes Thema. Aus diesem Grunde ist es wichtig, sich diesem Thema mit der entsprechenden Sensibilität zu nähern. In jedem Fall sollte das Risiko der Krankheit gegen den Nutzen und das Risiko der Therapie sorgfältig abgewogen werden (Finzen, 2004). Wichtig ist, dass sich alle Beteiligten zusammensetzen und eine möglichst optimale Behandlungsstrategie erarbeiten. Im Zusammenhang mit der mehr oder minder vorhandenen Bereitschaft des Patienten, Medikamente zu nehmen, wird häufig das Schlagwort »Compliance« benutzt. Compliance kann nur entstehen, wenn der Patient so gut wie möglich über seine Krankheit informiert ist, darüber zu einer Krankheitseinsicht gelangen kann, und dann seine Bereitschaft zur Behandlung vertrauensvoll genutzt wird (Dörner u. Plog, 2002). Das bedeutet, den Patienten nach seinen individuellen Bedürfnissen in die Behandlung einzubeziehen. Wenn eine gemeinsame Linie gefunden ist, sollte ausreichend Zeit zur Klärung bzw. Erklärung genommen werden. Vor allem die Wirkung und die Nebenwirkungen der gewählten Medikamente sollten zufrieden stellend besprochen werden. Dann werden weniger Ängste, Befürchtungen und Zweifel auftauchen, sollte z. B. die gewünschte Wirkung nicht eintreffen oder eine Nebenwirkung besonders heftig auftreten.

Bei all dem ist wichtig, dass – angepasst an die aktuelle Situation – medikamentöse Therapie, Soziotherapie und Psychotherapie miteinander verknüpft werden.

In diesem Kapitel geht es um den Umgang und die Verabreichungsformen von psychopharmakologischen Medikamenten: Antidepressiva, Neuroleptika, **Phasenprophylaktika** (Lithium, Antiepileptika), Benzodiazepine und Antidementiva. Die schwierige Phase der Einstellung wird dabei besonders im Mittelpunkt stehen, ebenso die Geduld, die an dieser Stelle von beiden Seiten gefordert ist. Ein zentrales Thema wird hierbei die Compliance sein. Schließlich wird auch die Rückfallprophylaxe angesprochen.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels haben Sie:

- Einblick in die Problematik der Psychopharmakotherapie genommen
- allgemeine psychopharmakologische Kenntnisse erworben
- die verschiedenen Aspekte der Psychopharmakotherapie kennen gelernt
- Anregungen erhalten, über Ihren Umgang mit dem Patienten zu reflektieren

11.1 Definitionen

Pharmakologie

Lehre von der Wirkung fremder und körpereigener Stoffe auf den Organismus sowie der Nutzung bestimmter chemischer Stoffe als Heilmittel = Pharmaka. (Roche Lexikon Medizin)

Pharmaka

Arzneimittel, Medikamente; pflanzliche, tierische oder synthetisierte Stoffe, die gemäß Arzneimittelgesetz bestimmt sind zur Diagnostik oder – in geeigneter Dosierung – als Therapeutika – zur Beeinflussung von Zuständen oder Funktionen des Körpers, als Ersatz für natürlich vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten sowie zur Beseitigung oder zum Unschädlichmachen von Krankheitserregern, Parasiten oder körperfremden Stoffen. International gebräuchlich ist die Angabe des Freinamens (INN). (Roche Lexikon Medizin)

Pharmakotherapie

Krankenbehandlung mit Arzneimitteln. (Roche Lexikon Medizin)

Psychopharmakologie

Lehre von den Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka, ihrer Anwendung sowie der chemischen und physiologischen Grundlagen. (Roche Lexikon Medizin)

Psychopharmaka

Psychotrope Arzneimittel, die nach ihrer klinischen Wirkung in Hauptgruppen eingeteilt werden. Die chemische Struktur dient erst in zweiter Linie zur

weiteren Unterscheidung, da bereits geringe Veränderungen am Molekül zu beträchtlicher Änderung der Wirkung führen können. (Roche Lexikon Medizin)

Psychopharmakotherapie
Behandlung mit Psychopharmaka. (Roche Lexikon Medizin)

11.2 Grundsätzliches zum Umgang mit Psychopharmaka

Zu Beginn ist die Anmerkung wichtig, dass unter dem Begriff »Umgang« die Beziehung des Patienten zur meist plötzlich notwendig gewordenen medikamentösen Therapie und die pflegerische Beziehung zum Patienten zu verstehen ist. Am Therapiebeginn steht meist eine mehr oder weniger ausgeprägte Abwehr des Betroffenen der Erkrankung gegenüber. Der Patient hat wenig bzw. keine Krankheitseinsicht. Die Herausforderung pflegerischen Handelns bezieht sich hierbei besonders auf die Motivationsarbeit. Fehlt die Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie, erschwert dies die Situation zusätzlich. Die Chance der Pflege liegt in dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten, die diesem helfen kann, eine selbstständige Meinung zu entwickeln und sich zumindest teilweise auf eine medikamentöse Therapie einzulassen.

Eine Verbesserung seines Zustandes, der unzweifelhaft auf die Medikamente zurückzuführen ist, wird dieses Bemühen unterstützen. Ungünstig wirkt sich eine Verschlechterung des Zustandes durch die Medikation aus, die den Patienten in seiner gesamten Abneigung, sich überhaupt behandeln zu lassen, bestärkt (Finzen, 2004). Umso wichtiger erscheint gerade in diesem Punkt eine ehrliche und umfangreiche Aufklärung zu den Wirkungen und Nebenwirkungen des eingesetzten Medikaments. Dies kann Widerstände hervorrufen, was jedoch besser ist, als mögliche Folgen zu verschweigen, die dann – sobald sie tatsächlich auftreten – jegliches Vertrauen des Patienten zerstören und eine dringend erforderliche Therapie verhindern. Daher ist es wichtig, den Patienten empathisch als gleichberechtigten Partner anzusehen. Nur wenn ein ehrliches Interesse an der Meinung des Patienten besteht – denn es geht um seine Behandlung – wird er bereit sein, einen gemeinsamen Behandlungsplan zu entwickeln. Fühlt sich der Patient angenommen und verstanden, auch in seinen Ängsten, Befürchtungen und Zweifeln, wird er die an ihn gerichteten Angebote auch als wirkliche Hilfe annehmen oder sich zumindest damit auseinander setzen können. Auch ein »nein« von Seiten des Patienten sollte akzeptiert werden und zu einer gemeinsamen Suche nach anderen Wegen führen (Dörner u. Plog, 2002). Allerdings muss am Ende ein klares Behandlungskonzept erkennbar sein, worüber sich der Patient bewusst sein muss. Es liegt an den Möglichkeiten des jeweiligen Menschen, der Hilfe wünscht, ob er zu diesem Zeitpunkt wirklich für eine Behandlung bereit ist oder vielleicht noch Zeit braucht, um diese Klarheit für sich zu gewinnen. Dann sollte die Behandlung abgebrochen und bei Bedarf erneut aufgenommen werden. Klare Grenzen sind ein sehr wichtiger Teil therapeutischer Arbeit, die mehr helfen als eine unausgereifte Therapie (Dörner u. Plog, 2002).

Es ist wichtig zu wissen: Einem akut kranken Menschen muss evtl. vorübergehend die Entscheidung abgenommen werden. Dies kann bis hin zur Einweisung auf eine geschützte Station führen. Auch dieser Punkt sollte zu Beginn der Behandlung klar besprochen werden, damit sie nicht als Bestrafung empfunden wird.

Für die Pflegeperson ist es ein Lernprozess, anzuerkennen, dass Hilfe auch abgelehnt werden kann, weil ein Mensch sich für sein eigenes Leben aktuell anders entscheidet. Auch wenn seine Entscheidungen nicht zu seinem Nutzen sind, sollte er dafür nicht verurteilt werden.

11.3 Neuroleptika

11.3.1 Umgang mit Neuroleptika

Neuroleptika sind häufig ungeliebte Medikamente. Sie haben nach wie vor einen schlechten Ruf. Dabei ist es bemerkenswert, dass sie von der Öffentlichkeit mit größeren Vorbehalten – um nicht zu sagen mit Vorurteilen – betrachtet werden als von den Men-

schen, die mit Neuroleptika ihre persönlichen Erfahrungen gemacht haben: »Neuroleptika würden nur symptomatisch wirken, sie dämpfen nur, sie nähmen den Kranken ihren Willen und hätten vielfältige unerwünschte Wirkungen« (Finzen, 2004). Einiges davon ist richtig, anderes nicht. Richtig ist, dass Neuroleptika unvollkommene Medikamente sind, dass sie viele Wünsche offen, viele Hoffnungen unerfüllt gelassen haben – dies trifft auch auf die modernen Neuroleptika der zweiten Generation, die **Atypika**, zu.

Klassifikation

Trizyklische Neuroleptika,

- Phenothiazin-Derivate, z. B. Chlorpromazin, Fluphenazin (Lyogen, Dapotum), Thioridazin (Melleril), Triflupromazin (Psyquil), sind die verbreitesten Neuroleptika. Ihre Derivate stellen die meisten gebräuchlichen Medikamentenspezialitäten. Die Phenothiazine bestehen nach der chemischen Struktur aus einem Dreierring-System mit einem Schwefel- und einem Stickstoffatom im mittleren Ring.
- Thioxanthen-Derivate, z. B. Chlorprothixen (Truxal), Clopenthixol (Ciatyl), Flupentixol (Fluanxol), unterscheiden sich von den Phenothiazinen dadurch, dass das Stickstoffatom im mittleren Ring durch ein Kohlenstoffatom ersetzt ist. In Wirkungen und Nebenwirkungen sind sie sehr ähnlich.
- Butyrophenon-Derivate, z. B. Haloperidol (Haldol), Benperidol (Glianimon), Pipamperon (Dipiperon), leiten sich vom Haloperidol ab – die antipsychotische Wirkung wurde bereits 1957 nachgewiesen (in besonderen Screening-Methoden). Bei diesen Substanzen treten die vegetativen Nebenwirkungen ganz gegenüber den extrapyramidalen Wirkungen in den Hintergrund.
- Dibenzodiazepin, z. B. Clozapin (Leponex) (Finzen, 2004).

Atypische Neuroleptika – Neuroleptika der 2.Generation

Hierzu gehören z. B. Clozapin (Leponex), Sulprid (Dogmatil), Risperidon (Risperdal), Olanzapin (Zyprexa), Seroquel (Quetiapin), Amisulprid (Solian), Ziprasidon (Zeldox) und Aripiprazol (Abilify) (Townsend, 1998; Finzen, 2004).

Wirkungen

Die Neuroleptikabehandlung schien Anfang der achtziger Jahre gescheitert zu sein. Das Vertrauen vieler kranker Menschen und der Öffentlichkeit in die Neuroleptika war in eine tiefe Krise gestürzt. »Für einige Patienten ist das Elend der Behandlungsfolgen – insbesondere die Akathesie, Akinesie und, weniger häufig, Spätdyskinesie – so schwerwiegend wie die Symptome der Krankheit selber. Andere sprechen auf die verfügbaren Medikamente nur unzureichend an, die für sie quälendsten Krankheitssymptome erfahren keine Linderung« (Finzen, 2004).

Die über 40 verschiedenen Neuroleptika, nach heutigen Erkenntnissen als »konventionell« bezeichnet, verursachten extrapyramidal-motorische Symptome und die Patienten erfuhren parkinsonoide Beeinträchtigungen:

- die schon erwähnte **Akathesie** (quälende Bewegungsunruhe),
- die nicht ungefährliche **Frühdyskinesie** (unwillkürliche Muskelbewegung),
- bei längerer Einnahme die Gefahr der **Spätdyskinesie.**

Das zusätzlich Belastende der Spätdyskinesie ist, dass sie fortbesteht, auch wenn das Medikament schon längere Zeit nicht mehr eingenommen wurde. Es ist wichtig zu wissen: Die Spätdyskinesie besteht lebenslang!(Townsend, 1998).

In den Wirkungen unterscheiden sie sich kaum. Bei den sog. niederpotenten Mitteln stehen bei den Nebenwirkungen Müdigkeit und vegetative Einschränkungen im Vordergrund, bei den hochpotenten (z. B. Haldol, Fluanxol) die extrapyramidal-motorischen Symptome (Finzen, 2004).

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Neuroleptika der ersten Generation keine entscheidenden Fortschritte gebracht hätten. Neuroleptika sind v. a. bei niedrigen und mittleren Dosierungen bei sehr vielen Betroffenen nach wie vor wirksam und gut verträglich (Finzen, 2004).

Atypika

Vor allem die schädlichen Auswirkungen der Hochdosierung von Neuroleptika bei begrenzter Wirkung gaben den Anstoß zu einer Weiterentwicklung. Es kam zur Entwicklung der Neuroleptika der zweiten Generation, die Atypika (z. B. Risperdal (Risperi-

don), Zyprexa (Olanzapin), Seroquel (Quetiapin), Solian (Amisulprid), Zeldox (Ziprasidon) und Leponex (Clozapin). Leponex ist mittlerweile schon 30 Jahre auf dem Markt, ist aber trotzdem »atypisch«. Es war das erste Neuroleptikum, das praktisch keine extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen verursachte und wurde dadurch zum Modell für Weiterentwicklungen (Finzen, 2004). Erfahrungsgemäß ist es nach wie vor eines der wirksamsten Neuroleptika. Leponex kann jedoch zu einer massiven Schädigung der weißen Blutkörperchen bis hin zum vollständigen Verschwinden, der Agranulozytose (Townsend, 1998), führen – und im ungünstigsten Fall einen tödlichen Verlauf nehmen. Deswegen sind eine strenge Indikationsstellung und engmaschige Blutbildkontrollen oberstes Gebot. Wichtig sind v. a. in der Einstellungsphase EKG-, EEG-, Blutdruck- und Pulskontrollen wegen möglicher Hypotonie und Tachykardie. Ebenso unerlässlich sind regelmäßige Temperaturmessungen, um ein mögliches malignes neuroleptisches Syndrom zu erkennen. Dies ist durch hohe Temperaturen gekennzeichnet, kommt allerdings sehr selten vor.

Die Neuroleptika der zweiten Generation zeichnet aus, dass sie auf komplexen »chemischen« Wegen die extrapyramidal-motorische Schranke umgehen (Finzen, 2004). Die meisten modernen Neuroleptika sind heute bei vergleichbarer Dosierung ähnlich oder sogar besser wirksam als z. B. Haloperidol – und subjektiv besser verträglich. Es besteht eine berechtigte Hoffnung, dass die meisten von ihnen bei langer Anwendung nicht zu Spätdyskinesien führen werden.

Auch moderne Neuroleptika sind nicht ohne Nebenwirkungen. Die meisten haben eine deutliche Gewichtszunahme zur Folge, die Gefahr der Entwicklung eines Diabetes besteht und vereinzelt wirken sie auf das blutbildende System (Townsend, 1998). Trotzdem ist heute eine auf den einzelnen kranken Menschen abgestimmte Psychopharmakotherapie besser als vor 10 Jahren möglich. Sie erfordert allerdings mehr Kenntnisse und Erfahrungen als damals.

Die neuen Neuroleptika haben die alten nicht überflüssig gemacht. Sie sollten Patienten, die diese nachweislich gut vertragen, nicht vorenthalten werden.

Die Besonderheit der Neuroleptika ist die therapeutische Beeinflussung von manischen, schizophrenen und körperlich begründbaren Psychosen. Sie bewirken eine Verbesserung der teilweise quälenden psychotischen Symptome, wie Verfolgungsangst, psychomotorische Erregung, Halluzinationen oder Denkstörungen. Sie wirken spezifisch auf psychotische Symptome, ohne die Ursachen der Psychose zu beeinflussen (Townsend, 1998).

Nebenwirkungen

Die unangenehmen Nebenwirkungen müssen vom Pflegepersonal unbedingt ernst genommen werden. Sie sind keineswegs Ausdruck der kranken Seele, sondern entsprechen in dieser Situation der inneren Realität des Patienten. Dieser hat unter der Bewegungsunruhe wohl am schwersten zu leiden, denn sie macht es fast unmöglich, still zu sitzen oder still zu liegen. Die Patienten wissen sehr genau, zwischen dieser Störung und der typischen psychosebedingten inneren Unruhe zu unterscheiden (Podvoll, 1994).

Der kranke Mensch, der auf die Behandlung unwillig reagiert, wird diese sehr wahrscheinlich früher oder später abbrechen. Deswegen sollte die neuroleptische Einstellung so gestaltet werden, dass möglichst wenige Nebenwirkungen auftreten bzw. dass vorher diese aufklärend besprochen werden. Durch intensive Beratung kann eine veränderte Haltung zum Medikament erreicht werden (Finzen, 2004). Häufig versuchen Patienten, mit übermäßigem Kaffee- und Nikotingenuss die Nebenwirkungen abzumildern.

11.3.2 Compliance

Die Behandlung psychisch kranker Menschen stützt sich auf die medikamentöse Therapie, die soziotherapeutischen Maßnahmen und auf die Psychotherapie. Die Medikamente unterdrücken die psychotischen Symptome und versetzen den Betroffenen in die Lage, möglichst gut mit seiner Erkrankung leben zu können. Aus diesem Grund ist die Compliance – die zuverlässige Einnahme der Medikamente – von sehr großer Bedeutung. Allerdings ist bekannt, dass die Compliance bei psychotischen Patienten weit weniger vorhanden ist als bei anderen chronischen-psychischen Erkrankungen. Die Folgen sind dann häufige Rückfälle und ein ungünstiger Krankheitsverlauf (Dörner u. Plog, 2002).

Schnell wird die fehlende Kooperation auf die Krankheit zurückgeführt, da sie den Willen, den Antrieb und die Ausdauer beeinträchtigt, nicht selten auch die Fähigkeit, wichtige und unwichtige Dinge voneinander zu unterscheiden. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass die unangenehmen Nebenwirkungen antipsychotischer Medikamente die Compliance beeinflussen (Podvoll, 1998).

11.3.3 Verabreichungsformen

Neuroleptika werden meist in Tablettenform verabreicht. Dies kann zu einem Problem werden, wenn der Patient die Medikamente nicht einnehmen will oder er einfach Mühe hat, mehrmals am Tag an die Einnahme zu denken.

Eine andere Verabreichungsform ist die Depotspritze, die intramuskulär gegeben wird. Dies wird oft eher akzeptiert als die ständige orale Einnahme. Bei instabiler Compliance ist die Depotspritze eine gute Lösung, da das Depotmedikament wöchentlich bzw. 14-tägig meist in der Arztpraxis gegeben wird und eine engere Anbindung erforderlich macht. Von den atypischen Neuroleptika gibt es bisher jedoch nur wenige Depotpräparate.

Da es sich oftmals um eine lebenslang notwendige Medikamenteneinnahme handelt, sollten es nur »soviel wie nötig und so wenig wie möglich« Tabletten sein, die eingenommen werden müssen. Die Patientencompliance ist am besten, wenn nur einmal am Tag ein Medikament geschluckt werden muss, jedes weitere Medikament und jede zusätzliche Einnahme lassen die Compliance drastisch sinken (Finzen, 2004).

Die unregelmäßige Einnahme von Medikamenten ist eher die Realität als die Ausnahme!

11.4 Antidepressiva

11.4.1 Umgang mit Antidepressiva

Den Antidepressiva eilt im Gegensatz zu den Neuroleptika nicht unbedingt ein schlechter Ruf voraus. An Depressionen zu leiden, wird mittlerweile größtenteils akzeptiert. Dementsprechend wird auch die Einnahme von Medikamenten gegen Depressionen fast als normal angesehen. Bei der Anwendung von Antidepressiva stehen das Ausmaß und die Schwere der depressiven Symptomatik im Vordergrund.

Nicht jede depressive Verstimmung ist als krankhaft anzusehen. Erst wenn feststeht, dass der Mensch eine tiefergehende depressive Verstimmung hat, die nicht in kurzer Zeit alleine oder durch Psychotherapie abklingt, ist die Idee einer medikamentösen Therapie berechtigt (Finzen, 2004).

Klassifikation

Trizyklische Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva bestehen strukturchemisch aus einem dreiringigen Grundgerüst und leiten sich von Imipramin (Tofranil) ab – 1957 als erstes Antidepressivum entdeckt (Kuhn). Klassisches Standard-Antidepressivum ist das Amitriptyllin (Saroten). Des weiteren z. B. Clomipramin (Anafranil), Doxepin (Aponal), Trimipramin (Stangyl) (Townsend, 1998; Finzen, 2004).

Zwischen trizyklischen Neuroleptika und trizyklischen Antidepressiva besteht eine strukturchemische Verwandtschaft. Je nach der räumlichen Struktur wirken diese Substanzen der Gruppen neuroleptisch oder antidepressiv: Bei dreiringigen Strukturen die annähernd eben sind, ist mit einer neuroleptischen Wirkung zu rechnen; sind sie stark gegeneinander verkantet, ist mit einer antidepressiven Wirkung zu rechnen.

Bei den neueren Antidepressiva fehlt diese Verwandtschaft in der chemischen Struktur (Finzen, 2004).

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, NASSA)

SSRI sind wirksame Antidepressiva mit im Vergleich (z. B. mit Trizyklika) geringen unerwünschten Wirkungen, z. B. Fluoxetin (Fluctin), Sertralin (Zoloft), Paroxetin (Paroxat).

Neu sind die NASSA, noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva. Sie erhöhen die Freisetzung von Noradrenalin und Serotonin. Zugleich blockieren sie bestimmte Rezeptoren, die typische serotonerge Nebenwirkungen auslösen, z. B. Venlafaxin (Trevilor) (Townsend, 1998; Finzen, 2004).

Bei der Depression ist die verfügbare Menge von Noradreanlin und/oder Serotonin im synaptischen Spalt vermindert. Die Signalübermittlung zwischen den Nervenzellen wird damit gestört. Ähnlich verhält es sich bei der neuroleptischen Behandlung.

Ziel der antidepressiven Therapie ist es, die Menge der verfügbaren Botenstoffe zu erhöhen:

- durch die Erhöhung der Produktion von Noradreanlin oder Serotonin in der abgebenden Nervenzelle,
- durch die Blockade der natürlichen Wiederaufnahme der Botenstoffe durch die abgebende präsynaptische Zelle.

Die für psychische Funktionen wichtigsten Neurotransmitter sind das Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, Azetylcholin und Gamma-Amino-Buttersäure (GABA). Wichtige Botenstoffe sind weiterhin Histamin, Glutamat, Opioide und Adenosin (Finzen, 2004).

Wirkungen

Es werden bei Antidepressiva 3 Wirkungsweisen voneinander unterschieden, die bei den einzelnen Präparaten unterschiedlich ausgeprägt sind (Townsend, 1998):

- vorwiegend dämpfende Wirkung,
- vorwiegend depressionslösende und stimmungsaufhellende Wirkung,
- vorwiegend aktivierende und antriebssteigernde Wirkung.

Die Wirkung von Antidepressiva setzt nicht sofort ein. Dies ist ein Problem, da die Patienten einen hohen Leidensdruck haben, der bis zur Suizidalität führen kann. Die Ungeduld, die Verzweiflung und das tägliche Hoffen auf eine Stimmungsverbesserung, *weil der momentane Zustand als unaushaltbar erlebt wird*, setzen die Zusammenarbeit einer erheblichen Belastungsprobe aus. Erst nach 10 bis 14 Tagen ist erfahrungsgemäß mit einer stimmungsaufhellenden, depressionslösenden Wirkung zu rechnen.

Antriebssteigerung und Aktivierung stellen sich von alleine ein, wenn die Stimmung sich wieder aufzuhellen beginnt. Bei quälender innerer Unruhe, zwanghaftem Grübeln meist in den Morgenstunden (morgendliches Früherwachen) und selbstverständlich bei bestehender Suizidalität, braucht der kranke Mensch den Schutz einer psychomotorischen Dämpfung, bis sich die Wirkung der Antidepressiva einstellt (Townsend, 1998).

Die Ungeduld des kranken Menschen darf uns nicht dazu verleiten, grundlos und womöglich zum Schaden des Patienten, das Medikament zu wechseln, bevor es überhaupt eine Chance hatte, seine Wirkung zu zeigen (Finzen, 2004).

Nebenwirkungen

Die vegetativen Nebenwirkungen sind zu Beginn der Behandlung am stärksten, das heißt, der Patient fühlt sich anfänglich noch schlechter, ohne eine entlastende Wirkung zu spüren. Zum Teil erlebt der Betroffene kaum Nebenwirkungen und verspürt auch noch keine Wirkung. Beide Situationen sind für den kranken Menschen schwierig zu verstehen und auszuhalten. Hier gehört Ermutigung und Unterstützung zu den Aufgaben des Pflegepersonals, damit der Betroffene trotzdem wieder Mut und Vertrauen in das Leben fassen kann (Finzen, 2004).

Geduld

Die Behandlung von depressiven Patienten kann für das Personal zu einer Geduldsprobe werden. Viele Menschen haben, obwohl sie schon durch einige Depressionen hindurchgegangen sind, aktuell keine Erinnerung mehr daran, dass diese auch wieder abgeklungen sind. Im Gegenteil, sie haben aufgrund ihrer Erfahrungen und Symptomatik, die akut meist schlimmer erlebt wird als bei den vorhergehenden Krankheitsphasen, noch weniger Hoffnung auf Besserung. »So schlimm wie diesmal war es noch nie – ich schaffe es bestimmt nicht noch einmal, da wieder raus zukommen. Ich habe keine Kraft mehr« (Podvoll, 1994).

Die meisten Betroffenen haben die Geduld verloren, die Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Behandlung ist. Natürlich ist es auch hier eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten von großer Bedeutung. Im Gespräch sollte ehrlich darüber gesprochen werden, dass eine Besserung nicht von heute auf morgen zu erreichen ist, aber mit großer Wahrscheinlichkeit eintritt, wenn nicht mit diesem dann mit einem anderen Medikament (Dörner u. Plog, 2002).

11.4.2 Compliance

Auch bei Depressionen ist es kein leichtes Unterfangen, die regelmäßige Einnahme der Medikamente zu gewährleisten. Die verordneten Tabletten werden, wie die Erfahrung zeigt, viel unregelmäßiger eingenommen als angenommen wird.

Die Verminderung des Antriebs, das Gefühl, dass alles keinen Sinn mehr hat, zusammen mit dem verzögerten Wirkungseintritt und den Nebenwirkungen der Antidepressiva führen bis zur Verweigerung der Kooperation

Auch hier ist wiederum eine gründliche Aufklärung, die Berücksichtigung schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit und die Einbeziehung von Angehörigen notwendig und trägt zur Verbesserung der Compliance bei (Dörner u. Plog, 2002).

Bei ausbleibendem Behandlungserfolg ist die Möglichkeit einer mangelhaften Compliance immer zu bedenken, zu hinterfragen und zu thematisieren. Meist lässt sich dann – bei einer vertrauensvollen Beziehung – ein anderer gemeinsamer Weg erarbeiten.

11.4.3 Verabreichungsformen

Antidepressiva werden üblicherweise in Tablettenform eingenommen. Sie werden entweder morgens und mittags verordnet, z. B. Cipramil (Citalopram), Paroxat (Paroxetin), Trevilor (Venlafaxin), Zoloft (Sertralin), Fluctin (Fluoxetin), oder nur abends, z. B. Remergil (Mirtazapin), oder auch in einer bewährten Kombination, z. B. Cipramil (morgens) und Remergil (abends). Diese Kombination wirkt positiv auf die Schlafstörung/Früherwachen in der Nacht und die Antriebsstörung und die Stimmungsaufhellung am Tag. Die medikamentöse antidepressive Therapie sollte sich mindestens über Wochen, besser noch über Monate erstrecken (bis zu einem Jahr), bevor an eine Reduzierung und schließlich an das Absetzen der Medikamente gedacht werden kann (Townsend, 1998).

Die Indikationsstellung ist eher an den unerwünschten als an den erwünschten Wirkungen ausgerichtet. Es gilt auch hier den modernen Antidepressiva den Vorzug vor den »konventionellen«, z. B. Saroten (Amitriptylin), Anafranil (Clomipramin), Ludiomil (Maprotilin), Aponal (Doxepin), zu geben.

Patienten, die mit den alten Antidepressiva gute Erfahrungen gemacht haben, sollten diese niemals vorenthalten werden. Saroten und Anafranil haben zudem eine sehr gute Wirkung auf unterschiedliche Schmerzzustände, seien sie rein somatisch oder als Somatisierungsstörung zu sehen.

Die Infusionstherapie ist eine weitere Möglichkeit, macht allerdings einen stationären Aufenthalt nötig. Vorteil kann die Förderung der therapieunterstützenden Regression, durch die tägliche mehrstündige Bettruhe, sein – die Erlaubnis wirklich krank zu sein. Wirklich bewiesen, dass diese sehr aufwändige Methode der herkömmlichen Tabletteneinnahme überlegen ist, gibt es nicht. Der Versuch einer medikamentösen Therapie sollte einer Infusionstherapie immer vorausgehen (Finzen, 2004).

11.5 Phasenprophylaktika (Lithium, Antiepileptika)

11.5.1 Umgang mit Lithium

Anfang der sechziger Jahre wurde entdeckt, dass Lithiumsalze bei der manisch-depressiven Erkrankung eine prophylaktische Wirkung haben. Die Lithiumprophylaxe hat das Leben der betroffenen Menschen und deren Angehörigen deutlich erleichtert. Die regelmäßige Lithiumgabe führt bei 75 % der Kranken dazu, dass weitere depressive und manische Phasen verhindert werden. Selbst wenn diese Wirkung ausbleibt, ist noch eine deutliche Verkürzung, ein geringerer Schweregrad oder ein selteneres Auftreten zu beobachten (Finzen, 2004).

Wirkungen – Rückfallprophylaxe

Die prophylaktische Wirkung von Lithium setzt meistens erst nach 3 bis 6 Monaten ein. Deshalb soll die Lithiumgabe während der akuten Krankheitsphase nicht unterbrochen werden.

Die vorbeugende Wirkung von Lithium ist nur bei phasischen Depressionen oder Manien bei der manisch-depressiven Erkrankung zu erwarten.

Sind die manischen Symptome nur gering ausgeprägt, kann eine Behandlung mit Lithium allein ambulant begonnen werden. Die Lithiumtherapie hat den entscheidenden Vorteil, dass sie problemlos in die Rückfallprophylaxe übergehen kann und zudem viele Menschen die medikamentöse Behandlung mit Lithium als weit weniger beeinträchtigend empfinden als die Behandlung mit Neuroleptika (Finzen, 2004). Lithium verursacht z. B. keine Akathesie, keine Akinesie und keine extrapyramidalmotorischen Symptome.

Bei Lithium gibt es, neben den positiven Effekten auf affektive Symptome, Hinweise, dass begleitend zur antipsychotischen Therapie bei Behandlungsresistenz eine Wirkung zu erzielen ist (Gaebel u. Falkai, 2005).

Trotz aller Risiken ist die Lithiumprophylaxe als einer der größten Erfolge der Psychopharmakologie anzusehen. Die Erkrankungen bringen oft schweres Leiden und schwerwiegende soziale Konsequenzen über die betroffenen Menschen. Das Suizidrisiko ist sehr hoch! Die Verhinderung von Rückfällen ist deshalb als ein großartiger Fortschritt anzusehen. Es darf dabei nicht vergessen werden, dass Lithium nur dann als ein ungefährliches Medikament angesehen werden kann, wenn sich der behandelnde Arzt der hohen Anforderungen dieser Behandlung bewusst ist (Finzen, 2004)!

Es kommen für eine Therapie mit Lithium nur Patienten in Frage, die innerhalb eines Jahres mindestens zwei, in den letzten zwei Jahren wenigstens drei, oder aber jährlich eine schwere depressive, manische oder manisch-depressive Phase durchgemacht haben.

Die Indikation zur Rückfallprophylaxe sollte streng gestellt werden und eine ausreichende Absicherung der Diagnose sollte selbstverständlich sein.

Forschung und Praxis haben sich zunächst ganz auf die Lithiumsalze konzentriert, schon bald wurden bei unipolaren Depressionen auch positive Erfahrungen bei der Rückfallprophylaxe mit trizyklischen Antidepressiva gesammelt (Finzen, 2004).

Nebenwirkungen

Die Behandlung ist für den Patienten mit großen Belastungen verbunden. Sie muss über einen längeren Zeitraum geplant werden, da sie nicht ohne Nebenwirkungen und Risiken einhergeht. Auch hier sind wieder eine vertrauensvolle Beziehung und Zeit für ausführliche Gespräche angezeigt, damit möglichst viele Fragen zufrieden stellend beantwortet werden können.

Harmlos, allerdings als sehr störend empfunden wird ein feinschlägiger Tremor und eine manchmal erhebliche Gewichtszunahme, unter der die Patienten, vor allem Frauen, sehr leiden. Dies ist natürlich auch der Compliance abträglich. Eine Ernährungsberatung, evtl. ein Diätprogramm, können hier hilfreich sein (Townsend, 1998).

Zeichen einer Überdosierung können sein: starker Tremor, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen, Müdigkeit, Schläfrigkeit und Muskelschwäche. Bei einer Intoxikation kann ein somnolenter Zustand eintreten, bis hin zum Koma.

Die Lithiumsalze habe eine geringe therapeutische Breite. Der Lithiumspiegel im Blut sollte zwischen 0,6 und 0,8 mmol/l liegen, bei älteren Menschen 0,5–0,7 mmol/l nicht übersteigen. Der kranke Mensch ist während der gesamten Einstellungsphase im Hinblick auf Nebenwirkungen zu beobachten und zu befragen.

Besonders wichtig ist eine sorgfältige Aufklärung über die Nebenwirkungen, gerade dann, wenn der Patient noch an anderen körperlichen Erkrankungen leidet. Je mehr Aufklärung, desto weniger treten Ängste auf – je weniger Ängste existieren, desto sorgfältiger begleitet der Patient die Therapie (Dörner u. Plog, 2002).

11.5.2 Compliance

Die Behandlung mit Lithium ist nur dann sinnvoll, wenn sie auch über Jahre eingehalten wird. Dies muss sowohl dem behandelnden Arzt als auch dem Patienten klar sein. Eine erfolgreiche Lithiumprophylaxe verlangt vom erkrankten Menschen eine sehr ausgeprägte Compliance, die in der akuten Phase schwie-

rig werden kann, aber auch in der phasenfreien Zeit nicht selbstverständlich ist (Dörner u. Plog, 2002).

Der Schutz vor einem Rückfall wird erst nach monatelanger Lithiumeinnahme wirksam, und er erlischt nach Absetzen bzw. kurzer Unterbrechung der Medikamenteneinnahme sofort. So können monatelange Bemühungen, einen Rückfall zu verhindern, innerhalb kürzester Zeit zunichte gemacht werden (Finzen, 2004)!

11.5.3 Verabreichungsformen

Lithiumsalze werden ausschließlich in Tablettenform verabreicht. *Quilonum retard* ist hierbei das am häufigsten verwendete Präparat. Die Gabe erfolgt möglichst einmal täglich, häufig abends. In der Einstellungsphase sind auch Gaben zweimal pro Tag durchaus üblich.

Wichtig sind Blutentnahmen vor der ersten Lithiumgabe und dann in engen Abständen folgende Kontrollen des Blutspiegels, aber auch der übrigen Werte, z. B. Elektrolyte, Blutbild, Blutzucker, Nierenwerte und Urinkontrollen (Townsend, 1998).

Eine länger dauernde Lithiumbehandlung kann das Nierengewebe verändern, allerdings ohne eine Funktionsstörung hervorzurufen. Bei bekannten Nierenfunktionsstörungen kann es entsprechend rasch zu einer Erhöhung des Lithiumspiegels kommen, bis hin zur Intoxikation (Townsend, 1998)!

11.5.4 Antiepileptika (Antikonvulsiva)

Seit den achtziger Jahren eröffnet sich mit dem Einsatz von Antiepileptika eine neue Perspektive in der Behandlung der Manie und der Rückfallprophylaxe der manisch-depressiven Erkrankung.

Lithium und Antiepileptika werden lediglich begleitend zur antipsychotischen Medikation gegeben. Sie sind insbesondere für bestimmte Patientengruppen indiziert. Tegretal (Carbamazepin) und Orfiril (Valproinsäure) kommen besonders bei impulsivem oder fremdaggressivem Verhalten sowie affektiven Symptomen zur Anwendung. Carbamazepin sollte wegen der Agranulozytosegefahr nicht zusammen mit Clozapin gegeben werden. Carbamazepin hat eine gute »antimanische« Wirkung bei gleichzeitiger Sedierung (Gaebel u. Falkai, 2005). Zudem ist Carbamazepin ein seit langem bewährtes Antiepileptikum mit einem breiten Wirkungsspektrum. Es scheint unabhängig von der antiepileptischen Wirkung das psychische Befinden vieler Anfallsleidender zu verbessern.

Die folgenden Antiepileptika werden mittlerweile neben Carbamazepin und Valproinsäure zur Phasenprophylaxe eingesetzt:

Lamictal (Lamotrigen), Neurontin (Gabapentin), Topamax (Topiramat) und Keppra (Levitiracetam) (Benkert u. Hippius, 2005).

Genau wie beim Lithium ist eine sorgfältige Einstellung (einschleichender Beginn) der Medikation ein wichtiger Teil der Therapie. Regelmäßige Blutbild- und Blutspiegelkontrollen sind unerlässlich.

Im Kontakt mit dem Patienten ist herauszufinden, welche Nebenwirkungen möglicherweise auftreten, z. B. Müdigkeit, Schwindel, Kreislaufbeschwerden, die so belastend sind, dass sie die Compliance beeinträchtigen.

Phasenprophylaktika finden Anwendung bei:

- unipolaren und bipolaren affektiven Störungen,
- schizoaffektiven Psychosen.

11.6 Benzodiazepine

11.6.1 Umgang mit Benzodiazepinen

Benzodiazepine werden häufig begleitend zur antipsychotischen Therapie verwendet. Sie haben eine geringere antipsychotische Wirksamkeit als Antipsychotika, können jedoch neben Angst und Agitiertheit auch Positivsymptome günstig beeinflussen.

Benzodiazepine werden insbesondere in der akuten Phase eingesetzt und verstärken die Wirkung der antipsychotischen Therapie. Zur Behandlung des akuten Erregungszustandes wird allerdings aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsspektrums eine Monotherapie mit Benzodiazepinen im Vergleich zur Kombination mit typischen Antipsychotika bevorzugt (Gaebel u. Falkai, 2005).

In der Regel werden Benzodiazepine zeitlich begrenzt begleitend zur neuroleptischen Pharmakotherapie angewendet. Sie werden zumeist in Tablettenform verabreicht, allerdings ist bei Bedarf auch eine intravenöse Gabe möglich. Besondere Anwendungsbereiche sind:

- psychotisch-agitierte, ängstliche und **katatone** Symptomatik,
- Akathesie,
- belastende Schlafstörungen bei Schizophrenie (Gaebel u. Falkai, 2005).

Häufig verwendete Benzodiazepine sind (Benkert u. Hippius, 2005):

- kurzwirksam: Lorazepam (Tavor), Oxazepam (Adumbran),
- mittelwirksam: Noctamid (Lormetazepam), Lexotanil (Bromazepam),
- langwirksam: Valium bzw. Faustan (Diazepam), Rivotril (Clonazepam).

Wirkungen

Benzodiazepine wirken spannungslösend, antiaggressiv, anxiolytisch (angstlösend), sedierend (beruhigend) bis hypnotisch (schlaffördernd), sie haben außerdem eine muskelrelaxierende und antikonvulsive (antiepileptische) Wirkung. Sie eröffnen hiermit eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten. Sie bieten kurzfristig Erleichterung der Beschwerden, was bei akut suizidalen oder gespannt-aggressiven Patient ein sehr gewünschter Effekt ist, außerdem bei ausgeprägten Angstzuständen, Panikattacken und Schlafstörungen, die akut aufgetreten sind, z. B. in einer Krisensituation oder nach einem Trauma. Von einer regelmäßigen Einnahme über längere Zeit ist wegen der Gefahr der Abhängigkeit unbedingt abzusehen (Benkert u. Hippius, 2005).

Der Umbau der Benzodiazepine im Körper zu aktiven Substanzen bedingt eine Verlängerung der Wirkungsdauer, sodass es bei wiederholter Einnahme zu einer Kumulation kommen kann. Ganz besonders ist dies bei älteren Menschen zu beachten. Die Halbwertzeit der meisten Benzodiazepine liegt bei 24–48 Stunden. Dies heißt, dass erst einige Tage nach dem Absetzen das Medikament völlig aus dem Körper verschwunden ist (Finzen, 2004).

Nebenwirkungen

Benzodiazepine gelten als Medikamente mit einer verhältnismäßig großen therapeutischen Breite. Sie sind dennoch nicht harmlos und sollten vorsichtig dosiert werden, um eine zu starke Sedierung zu vermeiden. Vor allem zu Beginn der Behandlung kann es zu starker Müdigkeit, Ataxie und kognitiven Beeinträchtigungen kommen; dies bedeutet, das die Konzentrationsfähigkeit ebenso wie das Reaktionsvermögen stark herabgesetzt sind.

Das Abhängigkeitspotenzial bei längerer Gaben von Benzodiazepinen ist nicht zu unterschätzen. Zudem sollten sie nicht plötzlich abgesetzt, sondern es sollte einer allmählichen Reduzierung der Vorzug gegeben werden, da bei zu raschem Absetzen psychotische Symptome und epileptische Anfälle ausgelöst werden können (Finzen, 2004).

Benzodiazepine werden hauptsächlich ergänzend zur neuroleptischen Behandlung, in der Einstellungsphase der Medikation oder bei akuter Verschlechterung der Symptomatik, eingesetzt. Weiterhin bei akuten Angstzuständen, Erregungs- und Spannungszuständen, akuten Schlafstörungen, akuter Suizidalität, bei Epilepsie und beim Alkoholentzugssyndrom (Benkert u. Hippius, 2005).

11.7 Antidementiva

11.7.1 Umgang mit Antidementiva

Die Demenz ist ein Syndrom der Entwicklung fortbestehender intellektueller Beeinträchtigung, von der verschiedene Bereiche der geistigen Aktivität betroffen sind, wie Gedächtnis, Sprache, visuell-räumliche Funktionen, Gefühl oder Persönlichkeit sowie kognitive Funktionen (Wise u. Gray, 1994). Das bedeutet der Verlust erworbener intellektueller Fähigkeiten, v. a. des Gedächtnisses, und eine Veränderung der Persönlichkeit als Folge einer Hirnschädigung.

Es gibt unterschiedliche Typen der Demenz, z. B. die Demenz vom Alzheimer-Typ, die vaskuläre Demenz, weiterhin die Demenz aufgrund einer HIV-Erkrankung, eines Schädel-Hirntraumas, einer Parkinson-Erkrankung und aufgrund einer Creutzfeldt-Jakobschen Erkrankung (Townsend, 1998).

Schon hier wird aufgrund der unterschiedlichen Typen deutlich, wie schwierig die medikamentöse

Behandlung der Demenz ist, zumal die Behandlung die Erkrankung nur aufhalten, aber nicht heilen kann. Dies allerdings ist für den Patienten und die Angehörigen ein wesentlicher Faktor: die gemeinsame Zeit kann verlängert, eine evtl. notwendige Heimunterbringung kann dadurch verzögert werden (Townsend, 1998).

Antidementiva werden oral in Form von Tabletten, Kapseln oder Tropfen eingenommen. In der Behandlung der Demenz werden häufig die folgenden Antidementiva eingesetzt:

- Acetylcholinesterase-(AChE-)Hemmer, z. B. Aricept (Donepezil), Exelon (Rivastigmin) oder Remenyl (Galantamin) (Benkert u. Hippius, 2005). **Acetylcholin** ist ein sog. »Vaguswirkstoff«, ein enzymatisch reguliertes Gewebshormon im menschlichen Körper. **Acetylcholinesterase-Hemmer** sind Substanzen, die die Wirkung der Acetylcholinesterase hemmen und damit als »Blocker« des Acetylcholinabbaus eine toxische Acetylcholinanreicherung bewirken (»indirekte Parasympathomimetika«) (Benkert u. Hippius, 2005).
- **Nootropika**, z. B. Nimotop (Nimodipin), Nootrop oder Normabrain (Pirazetam). Nootropica sind Arzneimittel, denen eine günstige Beeinflussung auf die Hirnfunktionen zugeschrieben wird, z. B. Aktivierung und Vigilanzanhebung (Benkert u. Hippius, 2005).
- Ein weiteres Antidementivum, v. a. bei schwerer Demenz, ist Ebixa (Mementin).

Wirkungen

Antidementiva erhöhen das Acetylcholin im zentralen Nervensystem (ZNS), tragen zu einer Verlangsamung des kognitiven Abbaus bei (Gedächtnis, intellektuelle Funktionen), verbessern die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL – Activity of daily living) (Benkert u. Hippius, 2005).

Nebenwirkungen

Mögliche Nebenwirkungen treten am häufigsten zu Beginn der Medikamenteneinnahme oder bei Dosissteigerung auf. Diese Nebenwirkungen werden im Allgemeinen allmählich wieder verschwinden, wenn sich der Körper an das Medikament gewöhnt hat.

Magen-Darm-Beschwerden, wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Sodbrennen, Magenschmerzen und Appetitverlust sind neben Schwindel, Kopfschmerzen, Erregtheit, Verwirrtheit, Depressionen, Schwächegefühl, Müdigkeit, Stürzen und Schlafschwierigkeiten mögliche Nebenwirkungen. Seltener treten Schwitzen, allgemeines Unwohlsein, Gewichtsverlust oder Zittern auf.

Antidementiva werden bei der Alzheimer-Demenz, der vaskulären Demenz, Demenz vom Typ des Morbus Pick und anderen demenziellen Syndromen eingesetzt (Benkert u. Hippius, 2005).

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Wann ist es angezeigt, Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium zu verordnen? ▶ Kap. 11.3.2, Kap. 11.4.1, Kap. 11.5.1
- Welche Rolle spielen Antiepileptika und Benzodiazepine in der Psychopharmakologie? ▶ Kap. 11.5.4, Kap. 11.6.1
- Was ist jeweils unbedingt bei der Gabe von Neuroleptika, Antidepressiva und Phasenprophylaktika zu beachten? Wirkung/Nebenwirkung? ▶ Kap. 11.3.1, Kap. 11.4.1, Kap. 11.5.1
- Weshalb ist die Compliance in der psychopharmakologischen Behandlung von so entscheidender Bedeutung? Was zeichnet die Compliance aus? ▶ Kap. 11.3.2, Kap. 11.4.2, Kap. 11.5.2
- Welche pflegerischen Aufgaben sind bei der Verabreichung von Psychopharmaka unbedingt zu beachten? ▶ Kap. 11.2, Kap. 11.3.1, Kap. 11.4.1, Kap. 11.4.2, Kap. 11.5.1

Literatur

Dörner K, Plog U (2002) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrieverlag, Bonn

Finzen A (2004) Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen – Einführung in die Therapie mit Psychopharmaka. Psychiatrieverlag, Bonn

Podvoll EM (1994) Verlockung des Wahnsinns – Therapeutische Wege aus entrückten Welten. Heinrich Hugendubel, München

Townsend MC (1998) Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Hans Huber, Bern

Gaebel W, Falkai P (2005) Praxisleitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie (Bd 1). Steinkopff, Darmstadt

Benkert O, Hippius H (2005) Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Roche Lexikon Medizin. 4. Aufl Urban & Schwarzenberg, München

Allgemeine psychiatrische Pflege

12 Anatomie und Physiologie des zentralen Nervensystems (ZNS) – 209

Ewald Proll

13 Theorien zur Krankheitsentstehung – 219

Claudia Heinz

14 Verlauf psychischer Erkrankungen – 223

Claudia Heinz, Jörg Utschakowski

15 Psychopathologie – 231

Martin Meyer

16 Einteilungsmodelle psychischer Störungen – 245

Ruth Ahrens (Kap. 16.3), Meik Friedrich (Kap. 16.2), Claudia Heinz (Kap. 16.1), Christoph Vauth (Kap. 16.2)

12 Anatomie und Physiologie des zentralen Nervensystems (ZNS)

Ewald Proll

12.1 Einführung – 210

12.2 Hirnstamm: verlängertes Mark und Hinterhirn (Metencephalon) – 211

12.3 Zwischenhirn (Diencephalon) – 212

12.4 Endhirn (Großhirn, Telencephalon) – 214

12.5 Wie arbeitet das Gehirn? – 216

Literatur – 217

In Kürze

Das Gehirn ist die »Steuerzentrale« des Körpers. Es regelt elementare Körperfunktionen, wie Atmung, Herzschlag und Körpertemperatur. Es regelt den Rhythmus von Schlafen und Wachen. Es steuert die Versorgung mit Hormonen. Es verarbeitet Informationen aus dem Körperinneren und aus unserer Umwelt. Es plant und koordiniert unsere Bewegungen. Es speichert Erinnerungen, Bilder, Töne und Gefühle. Es entwirft Pläne, durchkreuzt sie durch instinktive Reaktionen und erfindet Ausreden dafür.

Wissensinhalte

In diesem Kapitel erfahren Sie mehr über:

- den Aufbau des zentralen Nervensystems
- die Funktionsweise des Gehirns

12.1 Einführung

Von außen

Das menschliche Gehirn wiegt etwa 1300 Gramm. Es ist über 12 Hirnnerven und über das Rückenmark mit dem Körper und mit der Außenwelt verbunden. Seine Oberfläche hat zahlreiche Windungen und Furchen. Es ist in eine linke und eine rechte Hälfte unterteilt.

Die weiche Hirnhaut (Pia mater) bedeckt die Hirnoberfläche. Mit den Schädelknochen ist das Gehirn durch die harte Hirnhaut (Dura mater) fest verbunden. Dazwischen befinden sich die Spinnwebhaut (Arachnoidea) und Flüssigkeit (Liquor), die zum Schutz und zur Versorgung des Gehirns mit Nährstoffen beiträgt.

Der Liquorraum, zu dem auch die Hohlräume im Inneren des Gehirns (die Ventrikel) gehören, erstreckt sich vom Großhirn bis zu den unteren Ausläufern des Rückenmarks.

Im Inneren

Das Innere des Gehirns ist teils weißlich, teils grau gefärbt. Die weiße Substanz besteht aus Bündeln von Nervenfasern (z. B. der Balken – Corpus callosum –, der rechte und linke Hirnhälfte miteinander verbindet), die graue Substanz aus Nervenzellen (z. B. die Hirnrinde oder die Kerne der Hirnnerven).

Im Gehirn gibt es kein Bindegewebe. Seine Funktion übernehmen spezialisierte Nervenzellen, die Gliazellen. Sie füllen den Raum zwischen den Nervenzellen aus, sie umgeben die Blutgefäße und sie kleiden die Ventrikel aus. Dort sind sie als Ependymzellen für die Liquorproduktion verantwortlich.

Die Versorgung

Das Gehirn wird durch die inneren Halsschlagadern und durch die Wirbelschlagadern mit Blut versorgt, die sich in einem ringförmigen Gebilde an der Unterseite des Gehirns (Circulus arteriosus) treffen. Aus diesem Ring entspringen drei größere Arterien, die einzelne Bereiche des Gehirns mit Blut versorgen (Arteria cerebri anterior, media und posterior).

Das Gehirn ist, anders als andere Organe, durch die sog. Blut-Hirn-Schranke (ein System aus in den Blutgefäßen liegenden Endothelzellen und einem Mantel außen liegender Gliazellen) vom Blutkreislauf abgeschirmt: nur fettlösliche Substanzen können diese Schranke ungehindert passieren, während Traubenzucker und Eiweiße aktiv transportiert werden müssen. Störungen dieser Funktion (etwa bei Sauerstoffmangel, Vergiftungen oder Verletzungen) machen die Schranke durchlässig, und es entwickelt sich ein Hirnödem.

Das Gehirn hat einen enorm hohen Bedarf an Sauerstoff und Traubenzucker (etwa 6 g pro Stunde, das sind 10 % des gesamten Angebots). Unterbrechungen der Blutzufuhr führen innerhalb weniger Sekunden zur Bewusstlosigkeit. Bereits nach 5 Minuten können bleibende Schäden der Hirnfunktion eintreten, denn die Nervenzellen des Gehirns wachsen bei Ausfall nicht nach.

Praxisbox

Bei einem Schlaganfall ist oft die Arteria cerebri media betroffen. Halbseitige Lähmungen, Empfindungsstörungen und Störungen des Sprechens und des Sprachverständnisses sind die Folge.

Dennoch ist das Gehirn kein statisches Gebilde. Die Zahl der Dendriten und der Synapsen und die Empfindlichkeit der Rezeptoren passt sich im Laufe des Lebens an die jeweiligen Erfordernisse und an die gemachten Erfahrungen an (neuronale Plastizität).

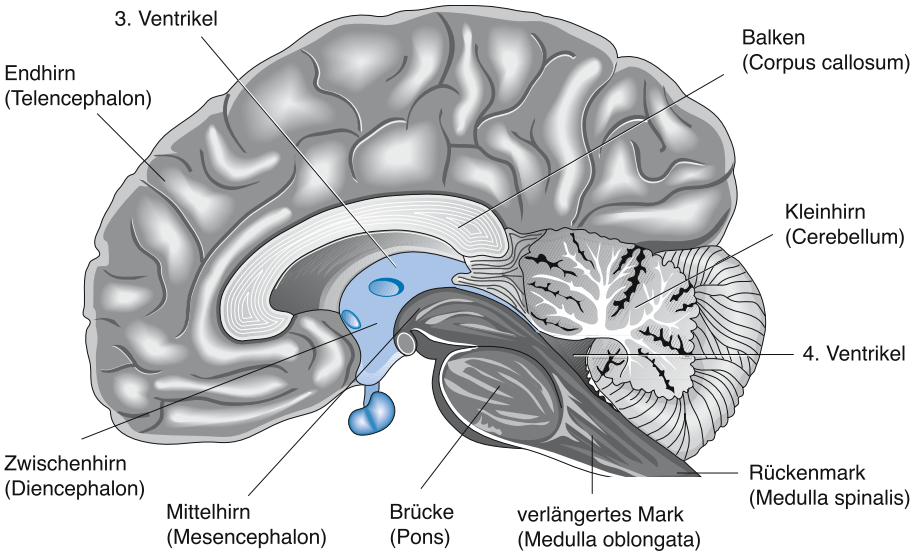


Abb. 12.1. Mittelschnitt durch das Gehirn

12.2 Hirnstamm: verlängertes Mark und Hinterhirn (Metencephalon)

Die Steuerungsvorgänge des Hirnstammes laufen automatisch (unbewusst) und reflexhaft ab. Saugreflex, Schluckreflex, Niesreflex, Hustenreflex, Herztätigkeit, Regulation von Schlafen und Wachen, von Blutdruck und Atmung, von Gleichgewicht und Nahrungsaufnahme, die Ausführung und Koordination von Bewegungen. Diese Funktionen sind relativ robust und können den Körper am Leben erhalten, selbst wenn höhere Hirnfunktionen ausgefallen sind.

Verlängertes Mark

Nervenbahnen des Rückenmarks transportieren Informationen vom und zum Gehirn. Nach oben mündet das Rückenmark in das verlängerte Mark (Medulla oblongata). Auf Höhe der Pyramidenbahnkreuzung teilen sich die Nervenbahnen des Rückenmarks auf, um von oder zu spezialisierten Bereichen des Gehirns weitergeleitet zu werden. Gleichzeitig kreuzen sie von links nach rechts, und umgekehrt (deswegen ist unsere linke Körperhälfte in der rechten Gehirnhälfte abgebildet, und umgekehrt). Außerdem befinden sich im verlängerten Mark (u. a. in der sog. Rautengrube) Endpunkte der Hirnnerven, die überwiegend Informationen aus den Sinnesorganen transportieren.

Brücke

Nach oben schließt sich die Brücke (Pons) an. Hier kreuzen weitere Nervenbahnen auf die Gegenseite, weitere Hirnnerven haben ihre vorläufigen Endpunkte und es werden zahlreiche Verbindungen zwischen Groß- und Kleinhirn hergestellt. Diese Verbindungen sorgen u. a. für die Feinabstimmung von Bewegungen.

Kleinhirn

Das Kleinhirn (Cerebellum) ist eng mit den Strukturen des Hinterhirns verbunden. Es besteht aus einem mittleren Teil, dem Wurm (Vermis), und zwei Kleinhirnhemisphären. Es erhält u. a. Informationen über das Gleichgewicht (Tractus olivocerebellaris, Tractus vestibulocerebellaris), über den Zustand des Bewegungsapparates (Tractus spinocerebellaris) und über die motorischen Kontrollfunktionen des Großhirns (Tractus pontocerebellaris). Es reguliert Muskelspannung und -kraft, koordiniert und harmonisiert zielgerichtete Bewegungen über verschiedene Rückkoppelungsbahnen zum Nucleus ruber und zum Zwischenhirn (u. a. Brachium conjunctivum).

Mittelhirn

Nach oben erfolgt der Übergang ins Mittelhirn (Mesencephalon). Hier befindet sich der Hauptanteil der netzartigen Formatio reticularis, die einen wichtigen Schaltkreis für die Weiterleitung und Verknüpfung aller eingehenden Informationen darstellt, und die an der Feinabstimmung von Bewegungen beteiligt ist. Außerdem regt die Formatio reticularis die Hirnaktivität an und beeinflusst damit den Grad an Wachheit.

In den vorderen Hügeln (Colliculi superiores) der Vierhügelplatte werden Teile der optischen Informationen aufbereitet, bevor sie zu den spezialisierten Zentren weitergeleitet werden. Es bestehen Verbindungen zum Gleichgewichtsorgan und zur Körperwahrnehmung, sodass hier auch eine Koordination der Bewegungen stattfindet. Pupillenreflex und Lidschlussreflex werden hier eingeleitet, die Kopfhaltung wird – abhängig von Gleichgewichts- und optischen Reizen – gesteuert.

Die unteren Hügel (Colliculi inferiores) gehören zur Hörbahn und sind für die Verbindung akustischer Reize mit den motorischen Steuerungsfunktionen zuständig. Der rote Kern (Nucleus ruber) stellt eine wichtige Verbindungsstelle zwischen Groß- und Kleinhirn dar; er überträgt Impulse an das Rückenmark und empfängt Steuersignale aus dem Kleinhirn, die Rhythmus und Flüssigkeit von Bewegungen koordinieren.

Praxisbox

Erkrankungen der Vierhügelplatte führen beispielsweise zu Zittern und Ataxie.

Die Hirnnerven

Steuerung von Gleichgewicht und Augenbewegungen

Der 8. Hirnnerv (N. vestibulocochlearis) liefert Gleichgewichtsinformationen aus dem Innenohr (und leitet Schallempfindungen an das Großhirn weiter). Nervenfasern aus dem Körperinneren (somatisch afferente und viszeroafferente Fasern) liefern Informationen über Gelenkstellung und Muskelspannung. 3. (N. oculomotorius), 4. (N. trochlearis) und 6. Hirnnerv (N. abducens) koordinieren Augenbewegungen und Pupillenreaktionen abhängig von Körperstellung, Bewegung und Beleuchtung, in Zusammenarbeit mit den optischen Eindrücken, die wiederum über Sehnerv (2. Hirnnerv: N. opticus) und Großhirn vermittelt werden.

Steuerung der Nahrungsaufnahme

Nahrung zum Mund führen, kauen, Speichelfluss, schlucken, atmen, sprechen: ein komplexer Vorgang. Beteiligt sind 1. (Tractus olfactorius: Geruchssinn), 5. (N. trigeminus: Schmerz-, Temperatur- und Geschmacksempfindungen; Steuerung der Kaumuskulatur), 7. (N. facialis: Steuerung der Gesichtsmuskeln), 9. (N. glossopharyngeus: Steuerung der Zunge und des Kehlkopfes, Geschmacksempfindungen), 10. (N. vagus: Verbindung zu den inneren Organen, zur Kaumuskulatur, zu den Speicheldrüsen), 11. (N. accessorius: Steuerung der Halsmuskulatur) und 12. Hirnnerv (N. hypoglossus: Steuerung der Zunge).

Steuerung von Atmung und Kreislauf

10. und 11. Hirnnerv (N. vagus, N. accessorius) gehören zum vegetativen Nervensystem und beeinflussen wesentlich die Funktion der inneren Organe.

Feinsteuerung der Sprache beim Menschen

Alle genannten Hirnnerven mit Verbindung zur Zungen-, Schlund- und Gesichtsmuskulatur sind daran beteiligt. Sie verarbeiten auch Schallempfindungen auf der Ebene von Schreckreaktionen, noch vor der Weiterleitung an das Großhirn.

12.3 Zwischenhirn

Das Zwischenhirn vermittelt und integriert zwischen körpernahen, vitalen Funktionen und den bewusstseinsnahen, höheren Gehirnfunktionen. Es filtert Informationen und bereitet sie für die Verarbeitung auf. Es stimmt seelische und körperliche Reaktionen mit den wechselnden Zuständen des Körpers und der Umwelt ab.

Das Zwischenhirn liegt zwischen Hirnstamm und Großhirn, ganz unten befindet sich der Subthalamus. Dort finden sich der Nucleus subthalamicus, der an der Koordination von Bewegungen der Gliedmaßen beteiligt ist, und zahlreiche Faserbündel, die ebenfalls zum motorischen System gehören.

Am Übergang zum Mittelhirn befindet sich der Epithalamus. Dort ist die Zirbeldrüse (Epiphyse oder Corpus pineale) befestigt: von der Netzhaut des Auges laufen Fasern bis in den unteren Hirnstamm, und vom Rückenmark leiten parasympathische Fasern Informationen über die Helligkeit an die Zirbeldrüse. Diese bestimmt über die Produktion von Melatonin den Tag-Nacht-Rhythmus mit. Außerdem ist sie indirekt an der Regulation des Hormonhaushaltes beteiligt.

Die Habenulae stellen Verbindungen zu den vegetativen Hirnnerven (Speichelsekretion, Verdauungstätigkeit) dar, und sie verknüpfen Geruchsempfindungen, Emotionen und Triebe mit vegetativen Funktionen.

Thalamus

Der eiförmige Thalamus ist eine komplex aufgebaute Struktur aus zahlreichen Kernen und mit vielfältigen Verbindungen zu und von anderen Hirnregionen. Er filtert und bearbeitet sowohl Sinneseindrücke, als auch Bewegungen, er ist an der Entstehung von Gefühlen und an der Speicherung von Informationen beteiligt.

Seine Kerne bilden Rückkopplungsschleifen zu speziellen Hirnrindengebieten: jedem Sinnesorgan ist ein Gebiet der Hirnrinde zugeordnet, und für jedes dieser Gebiete existiert ein Relaiskern im Thalamus, der das zugeordnete Gebiet stimuliert (angeregt wiederum von der Formatio reticularis). Der Nucleus lateralis beispielsweise hat Verbindungen zu Schläfenlappen und limbischem System, der Nucleus medialis zu limbischem System, Frontalhirn, Temporalhirn, und Hypothalamus. Hier werden unspezifische Reaktionen in Verbindung mit körperlichen Reaktionen (Erröten, Schwitzen) vermittelt: als Gefühle oder Stimmungen, wie Freude, Enttäuschung, Depression.

Es gibt Schaltkerne für die großen Inputsysteme aus Rückenmark, Hirnstamm oder Kleinhirn (Nucleus ventralis, Nucleus geniculatus) mit punktgenauer Weiterleitung zur Hirnrinde. Das System unterstützt spezifische Funktionen (Sehen, Hören), deren Integration, Modulation und die Verbindung mit Gefühlsqualitäten (Lust-Unlustgefühle). Hier findet die Verarbeitung von Schmerz, Tast- und, Geschmacksempfindungen statt. Einfache akustische Wahrnehmungen (Unterscheidung der Tonhöhe) und optisch vermittelte Reflexe werden verarbeitet. Der Faserapparat insgesamt bildet einen Teil der inneren Kapsel (Capsula interna), die alle Sinnesreize und die Bewegungssteuerung transportiert.

Hypothalamus

Der weiter vorn, unter der Sehnervenkreuzung liegende Hypothalamus ist ebenfalls in zahlreiche Kerne unterteilt. Unten ist die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) befestigt.

Der Hypothalamus reguliert die Körperfunktionen und passt sie an wechselnde Belastungen an.

In Zusammenarbeit mit dem limbischen System und dem Thalamus regelt er die subjektiven Gefühlsqualitäten von Erlebnissen und Erinnerungen und greift in die damit verbundenen vegetativen und hormonellen Reaktionen ein. Er vermittelt zwischen autonomem Nervensystem und höheren Gehirnfunktionen (die für ein angemessenes, emotionales Verhalten unverzichtbar sind). Zusammen mit Hirnstamm und Thalamus reguliert er den Schlaf und die dabei auftretenden vegetativen und motorischen Veränderungen. Er stabilisiert die Körpertemperatur. Um diese Aufgaben zu erfüllen, erhält er zahlreiche Informationen von allen Sinnen. Dabei hat das Riechorgan als einziges einen direkten Zugang zum Hypothalamus (weswegen Gerüche heftige emotionale und vegetative Reaktionen hervorrufen können).

Die Nervenzellen des Hypothalamus erhalten ständig Informationen über die Konzentration der Hormone im Blut und in der Hirnanhangdrüse. Abhängig von der Stoffwechsellage des Körpers werden im Hypothalamus Neurosekrete (»Releasing Factors«) gebildet, die die Produktion von Neurohormonen in der Hypophyse regulieren. Diese wiederum steuern über das tuberoinfundibuläre System die Hormonproduktion der Drüsen (Schilddrüse, Nebenniere, Bauchspeicheldrüse, Keimdrüsen). So werden beispielsweise Durstempfinden und Wasserausscheidung, Ausschüttung von Kortison und die Erhöhung des Blutdruckes bei Stressbelastung, oder die Veränderung der Darmtätigkeit bei Schreckreaktionen gesteuert. Parallel dazu nimmt der Hypothalamus direkten Einfluss auf die parasympathischen

und sympathischen Anteile des vegetativen Nervensystems. Das im Hypothalamus gelegene Corpus mamillare wiederum gehört zum limbischen System und ist an der Verarbeitung von Gefühlen und Erinnerungen beteiligt.

Vegetatives Nervensystem

Es steuert in erster Linie die Aktivität der inneren Organe. Sein Befehlszentrum befindet sich im Hypothalamus, weitere Schaltstellen liegen im Mittelhirn, in der Medulla oblongata und im Rückenmark. Die ausgehenden Fasern enden an Drüsen (Speicheldrüsen, Schweißdrüsen, Bauchspeicheldrüse, Keimdrüsen) und an der glatten Muskulatur (z. B. an den inneren Augenmuskeln, die Linse und Pupillenweite steuern, an Speiseröhre, Bronchien, Herz, Magen und Darm). Die ankommenden Fasern übermitteln auch Empfindungen aus dem Körperinneren. In Brust, Bauch und Becken bildet das vegetative Nervensystem ausgedehnte Geflechte, die teilweise autonom arbeiten.

Der aktivierende (sympathische) Anteil aktiviert über die Botenstoffe Adrenalin und Noradrenalin Herz, Kreislauf und Atmung, hemmt aber die Verdauungstätigkeit (Ergotropie). Der eher hemmende (parasympathische) Anteil fördert die Verdauungstätigkeit und dient der Erholung der Organe (Trophotropie). Seine Wirkung wird über den Botenstoff Acetylcholin vermittelt. Wichtigster parasympathischer Nerv ist der 10. Hirnnerv, der N. vagus, wichtiger sympathischer Anteil ist der sog. Grenzstrang des Rückenmarks. Die hypothalamische Regulation sorgt für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen beiden Anteilen des vegetativen Nervensystems.

Limbisches System

Das limbische System liegt zwischen Großhirn und Hirnstamm. Man unterscheidet einen äußeren (Cingulum, Gyrus parahippocampalis) und einen inneren Ring (Gyrus dentatus, Corpus amygdaloideum). Über den sog. Fornix (Gewölbe) steht es mit den Mammillarkörpern (Corpus mamillare) in Verbindung. Es bildet eine starke Rückkopplungsschleife, mit der Gefühle, vegetative und hormonelle Reaktionen und Lernen und Gedächtnis gesteuert werden.

Seine Funktionen dienen der Selbst- und der Arterhaltung. Über den sog. Papez-Kreis besteht eine Verbindung zur Großhirnrinde (diese Verbindung erklärt vielleicht, warum der Verstand manchmal aussetzt). Funktionsstörungen dieses Systems äußern sich teilweise mit Angst oder Aggressivität, teilweise mit Störungen der Gedächtnisleistungen (Alzheimersche Erkrankung).

12.4 Endhirn (Großhirn, Telencephalon)

Die Großhirnrinde (Cortex) stellt die oberste, äußerst komplexe Ebene der Informationsverarbeitung dar. Sie nimmt etwa 35 % des gesamten Hirnvolumens ein, die Zahl der Nervenzellen im Cortex wird auf etwa 10^{10} geschätzt. Die Hirnwindungen (Gyri) und die dazwischen liegenden Falten (Sulci) vergrößern die kortikale Oberfläche, sodass eine größere Zahl von Nervenzellen auf kleinem Raum untergebracht werden kann: ausgebreitet würde die Hirnrinde eine Fläche von etwa 1,5 m^2 bedecken.

Neben dem entwicklungsgeschichtlich jüngsten Neocortex gibt es noch den älteren Archicortex (die Hippocampusformation) und den Paläocortex, die sich mit dem Geruchssinn entwickelt haben.

Der Zufluss der Informationen stammt in erster Linie aus den Schaltkernen des Thalamus, daneben gibt es weitere Verbindungen zur Formatio reticularis. Sämtliche Informationen aus dem Cortex ziehen über motorische Bahnen zu Hirnstamm und Rückenmark, aber auch zu subkortikalen Thalamuskernen. Weitere Fasern schließlich verbinden Teile der Großhirnrinde miteinander.

Die Hirnrinde ist modular aufgebaut: benachbarte Nervenzellen teilen sich eine Aufgabe. Einzelne Regionen der Rinde haben spezialisierte Aufgaben: es gibt Zentren für die Sprache und das Hören, für das Sehen, für das Fühlen und für Bewegungen. Man unterscheidet eine linke und eine rechte Gehirnhälfte (Hemisphäre), die funktionell unterschiedliche Aufgaben haben. Traditionell werden der linken (dominanten) Hemisphäre von Rechtshändern analytisch-rationale Fähigkeiten zugeordnet, der rechten emotional-assoziative (bei Linkshändern ist es umgekehrt). Beide Hemisphären sind durch die massiven Faserverbindungen des Balkens (Corpus callosum) und durch vordere und hintere Kommissur (Commissura anterior, posterior) miteinander verbunden. Im Stirnbereich liegt der Lobus frontalis

(Stirnlappen), der durch den Sulcus centralis nach hinten begrenzt ist. Daran schließt sich der Lobus parietalis (Scheitellappen) an, und noch weiter hinten liegt der Lobus occipitalis (Hinterhauptslappen). Unterhalb des Scheitellappens liegt der Lobus temporalis (Schläfenlappen).

Rindenfelder

Die primäre motorische Rinde im Gyrus praecentralis steuert willkürliche Bewegungen in Zusammenarbeit mit Rückenmark- und Hirnstammreflexen und mit dem Kleinhirn. Die Gesamtheit der Systeme zur Bewegungssteuerung wird auch als pyramidal-extrapyramidal-motorisches System bezeichnet.

Die primäre somatosensible Rinde im Gyrus postcentralis verarbeitet Tastempfindungen und Wahrnehmungen aus dem Körperinneren. Ein Bereich ist für die Wahrnehmung von Geschmacksempfindungen reserviert.

Beide, motorische und somatosensible Rinde, bilden den menschlichen Körper wie auf einer Landkarte ab.

Die primäre Hörrinde im Gyrus temporalis superior verarbeitet Höreindrücke, deren Tonhöhe, Lautstärke und Richtung bereits in tieferen Hirnregionen analysiert wurde. In der Hörrinde werden Änderungen dieser Parameter, Tonmuster, die Erkennung gleichzeitig erklingender Geräusche und ihre präzise Ortung im Raum festgelegt. Die Hörrinde der linken Hemisphäre ist außerdem für Worterkennung und Sprachverständnis zuständig (bei Linkshändern ist es die rechte Hemisphäre). Allerdings ist die menschliche Sprache ein komplexes Phänomen, das der Zusammenarbeit mehrerer Bereiche der Hirnrinde (frontal, temporal, parietal) bedarf.

Die primäre Sehrinde (Area striata) befindet sich im Hinterhauptslappen. Spezialisierte Zellen verarbeiten Stärke und Dauer von Helligkeit und Dunkelheit, Lage und Bewegung von Mustern, Farbeindrücke, und die Veränderung dieser Faktoren.

Der präfrontale Cortex im Lobus frontalis und seine Verbindungen zum Thalamus sind von großer Bedeutung für die Regulation von Gefühlen, für das Lernen und Erinnern, für Antrieb, Motivation und Bewertung. Er koordiniert die Informationen aus allen anderen Hirnregionen, und seine Funktion wird als wesentlich für die Entwicklung der Persönlichkeit bezeichnet.

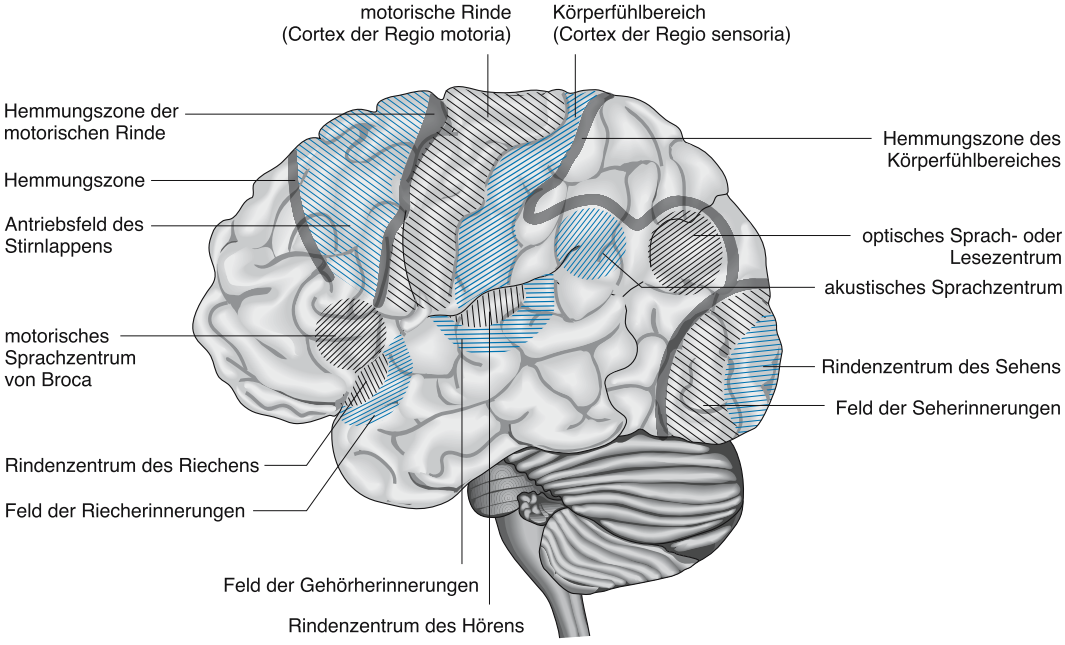


Abb. 12.2. Vereinfachte Darstellung der wichtigsten Funktionsorte im Gehirn

Endhirnkerne

Die Endhirnkerne (Nucleus caudatus, Putamen, Claustrum) liegen um die Ventrikel herum. Sie sind durch Streifen grauer Substanz miteinander verbunden und bilden dadurch den Streifenkörper (Corpus striatum). Sie regulieren die Muskelspannung und sind an der Koordinierung komplexer Bewegungen (Mimik, Gestik) beteiligt. Sie stehen mit der Substantia nigra in Verbindung, die sie mit Dopamin versorgt (Tractus nigrostriatalis). Daneben existiert eine Rückkopplungsschleife, die mit GABA hemmenden Einfluss auf die Substantia nigra ausübt (Tractus striatonigralis).

Praxisbox

Störungen dieses Systems manifestieren sich bei der Parkinson'schen Krankheit und bei Morbus Huntington, aber auch als Ausdruck der Wirkung von Neuroleptika, die die Dopaminkonzentration verringern.

Durch die Endhirnkerne hindurch und an ihnen vorbei zieht die Innere Kapsel (Capsula interna), die die Faserverbindung zwischen Großhirn und Rückenmark darstellt. Sie wird durch die Arteria cerebri media mit Blut versorgt.

Pyramidales und extrapyramidales System

Das von den motorischen Rindenfeldern ausgehende pyramidale System durchläuft diesen Bereich und bildet in der Medulla oblongata einen Wulst (die Pyramide). Von dort verlaufen die Fasern zum Rückenmark, und zwar zur Gegenseite des Körpers. Dem Pyramidenbahnsystem wird die Steuerung der Willkürmotorik zugeschrieben. Das für die Halte- und Stellbewegungen des Körpers verantwortliche extrapyramidal-motorische System ist davon nicht scharf zu unterscheiden, bezieht aber seine Informationen hauptsächlich aus den Endhirnkernen.

12.5 Wie arbeitet das Gehirn?

Nervenzellen

Nervenzellen (auch als Neurone bezeichnet) sind die funktionellen Grundbausteine des Gehirns. Als Netzwerk verarbeiten sie Informationen auf elektrochemischem Weg. Zum Zellkörper (Soma) einer Nervenzelle führen meist mehrere Fasern (die Dendriten). Ein bis zu einem Meter langer Zellfortsatz (der Neurit) transportiert die Signale weiter zur nächsten Nervenzelle. An der Oberfläche der Dendriten und des Zellkörpers (der Rezeptorzone) befinden sich Kontaktstellen, die mit den Kontaktstellen der Neuriten benachbarter Zellen verbunden sind.

Synapsen

Den Verbund aus präsynaptischem Endpunkt des Neuriten und postsynaptischem Rezeptor bezeichnet man als Synapse. Die Nervenzelle sendet ihre Impulse, die durch eingehende Reize in den Dendriten ausgelöst werden, als elektrischen Strom durch den Neuriten. In der Synapse sorgt der eingehende Strom dafür, dass aus kleinen Bläschen in der synaptischen Membran des Neuriten Überträgerstoffe freigesetzt werden, die durch den synaptischen Spalt wandern und die Dendriten auf der Gegenseite entweder anregen oder hemmen. In der Regel sind zahlreiche Neurone im Signalweg zusammengeschaltet, teils in Rückkoppelungsschleifen, und die Summe ihrer Reaktionen entscheidet über Verstärkung oder Abschwächung des Eingangssignals. Die höchste Konzentration von Nervenzellen findet man in den einzelnen Schichten der Großhirnrinde und in den Großhirnkernen. Dort bilden sie die graue Substanz, während ihre Neuritenbündel (Tractus) die weiße Substanz darstellen.

Neurotransmitter

Die Gehirnfunktionen werden durch die aufeinander abgestimmten Reaktionen erregender (exzitatorischer) und hemmender (inhibitorischer) Neurone moduliert. Eingehende Reize aus den Sinnesorganen werden verstärkt oder abgeschwächt, miteinander verglichen, gefiltert und in Reaktionen – meist Muskelbewegungen – umgesetzt. Dafür sind die Botenstoffe verantwortlich, die in den Synapsen freigesetzt werden. Man unterscheidet kurz wirksame Neurotransmitter von länger wirksamen Neuromodulatoren. Noradrenalin, Dopamin, Serotonin und Glutamat sind anregende (exzitatorische) Neurotransmitter.

Dopamin vermittelt zwischen limbischem System und Hirnrinde (mesokortikales und meso-

limbisches System): es steuert das »Belohnungssystem«, das durch verschiedenste Reize (Essen, Sex, Drogen, Spiele) aktiviert wird. Außerdem reguliert es Halte- und Stellbewegungen des Körpers (nigrostriatales System). Schließlich ist es an der Regulation der Hormonproduktion in Hypothalamus und Hypophyse beteiligt (tuberoinfundibuläres System).

Praxisbox

Ein gestörter Dopaminstoffwechsel wird für die Symptome schizophrener Psychosen verantwortlich gemacht.

Noradrenalin wird hauptsächlich im Locus coeruleus des Pons produziert. Noradrenerge Systeme strahlen in den frontalen Cortex und ins Zwischenhirn aus. Es reguliert Wachheit und Aufmerksamkeit, Angst, Lernfähigkeit und Motivation.

Serotonin beeinflusst u. a. die Wirkung von Noradrenalin und Dopamin. Man findet es in weiten Bereichen des Gehirns, die es, ausgehend vom limbischen System, im Sinne sozialer Kontrolle moduliert.

Praxisbox

Störungen des Noradrenalin- und Serotonin-Stoffwechsels können zu Depression und Angstsymptomen führen.

Acetylcholin beeinflusst Merkfähigkeit und Gedächtnis. In Zwischen- und Großhirn ist es an der Integration vegetativer und motivationaler Informationen beteiligt, in Hirnstamm und Basalganglien steuert es die Funktion sensorischer Filtermechanismen und die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Praxisbox

Störungen des Acetylcholin-Stoffwechsels sind an der Entstehung der Alzheimer-Erkrankung beteiligt.

GABA (Gamma-Amino-Buttersäure) ist der wichtigste hemmende (inhibitorische) Neurotransmitter, der vor allem die Aktivität von Dopamin moduliert.

Praxisbox

Bei Anfallsleiden (Epilepsien) spielen Störungen des GABA-Stoffwechsels eine wichtige Rolle.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Welche Blutgefäße versorgen das Gehirn? ▶ Kap. 12.1
- Welches System verarbeitet Angst und Aggressivität? ▶ Kap. 12.3
- Welcher Teil des Gehirns ist für die Hormonproduktion zuständig? ▶ Kap. 12.3
- Wie wird die Gesamtheit der Systeme zur Bewegungssteuerung bezeichnet? ▶ Kap. 12.4
- Welche Gehirnhälfte ist für Worterkennung und Sprachverständnis zuständig? ▶ Kap. 12.4
- Welcher Überträgerstoff ist an der Entstehung der Schizophrenie beteiligt? ▶ Kap. 12.5
- Was ist eine Synapse? ▶ Kap. 12.5
- Was ist ein Neurotransmitter? ▶ Kap. 12.5

Literatur

Benninghoff A (1977) Lehrbuch der Anatomie des Menschen, Bd 3: Nervensystem, Haut und Sinnesorgane. 11./12. Aufl Urban & Schwarzenberg, München

Duus P (1983) Neurologisch-topische Diagnostik. 3. Aufl Thieme, Stuttgart

Faller A (1988) Der Körper des Menschen. 11. Aufl Thieme, Stuttgart

Schiebler T (1977) Lehrbuch der gesamten Anatomie des Menschen. Springer, Berlin Heidelberg New York

13 Theorien zur Krankheitsentstehung

Claudia Heinz

13.1 Biologisch-medizinische Ursachen – 220

13.2 Psychologische Ursachen – 221

13.3 Soziale Ursachen – 221

Literatur – 221

In Kürze

In der Psychiatrie ist es in der Regel schwieriger Diagnosen einer spezifischen Ursache zuzuordnen. In der Körpermedizin gelingt dies recht gut, d. h. einer bestimmten Erkrankung kann oft ein eindeutiger ätiologischer Faktor zugeordnet werden (so werden z. B. die Röteln von einem bestimmten Erreger ausgelöst, dem Rötelnvirus). Die Psychiatrie kennt nur sehr selten eine eindeutige Ursache für ihre Störungsbilder. Dies hat in der Vergangenheit und Gegenwart und wird auch in der Zukunft zu vielfältigen Konstrukten über die Ätiologie der psychiatrischen Krankheitsbilder führen. Begriffe wie Vulnerabilität und multifaktorielle Auslösung von Störungen werden immer wieder ins Feld geführt, um die Schizophrenie, die Depression oder auch die Süchte erklärbar zu machen. Ganz allgemein können wir biologisch-medizinische, psychologische und soziale Ursachen unterscheiden

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitel haben Sie:

- Einblick in die Unterschiede zwischen Risikofaktoren, Auslösern und Ursachen psychischer Störungsbilder
- Einblick in die multifaktorielle Verursachung von psychischen Erkrankungen
- einen selbstbewussten Umgang mit den ätiologischen Bedingungen von psychischen Störungsbildern

Vorbemerkung

Definition

Risikofaktoren sind innere und äußere Faktoren, die das Risiko, an einer bestimmten psychischen Störung zu erkranken, erhöhen.

Als psychosoziale Risikofaktoren in der Kindheit für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung gelten z. B.:

- Trennungs- und Verlusterlebnisse,
- Aufenthalt in einem Heim,
- familiäre Aggressivität und körperliche Misshandlung,
- sexueller Missbrauch.

Protektive Faktoren, also Schutzfaktoren, die die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung verhindern können, sind z. B.:

- Fürsorge im Elternhaus,
- Verlässlichkeit der Bezugspersonen,
- Qualität der elterlichen Zuwendung,
- Aufforderung zur Autonomie,
- Ermutigung zur Loslösung vom Elternhaus.

Die Schutzfaktoren haben eine große Bedeutung bei der Krankheitsbewältigung bzw. bei der Gesundung. Wichtig ist die Stärkung dieser protektiven Faktoren.

Viele Krankheiten werden in Lebensumbruchsituationen ausgelöst, diese können einen positiven (!) oder negativen Charakter haben. Typische Auslöser für psychische Krisen sind Verlusterlebnisse (Tod eines wichtigen Menschen, Trennung, Verlust des Arbeitsplatzes) oder wichtige Lebensereignisse (Heirat, Berentung, Geburt eines Kindes).

Die Ätiologie ist die Lehre von den Krankheitsursachen. Über die Verursachung von vielen psychischen Störungen besteht nur ein begrenzter Wissensstand. Die Begriffe Vulnerabilität und multifaktorielle Verursachung tragen diesem Umstand Rechnung. Vulnerabilität meint eine erhöhte Anfälligkeit für bestimmte Krankheitsbilder und der Begriff Multifaktorialität beschreibt die Verursachung eines Krankheitsbildes durch mehrere Faktoren.

13.1 Biologisch-medizinische Ursachen

Die Informationsübermittlung im Gehirn funktioniert über Neurotransmitter, das sind Überträgersubstanzen, die die Kommunikation zwischen 2 Nervenzellen herstellen. Im Kontext mit psychiatrischen Krankheitsbildern sind die Überträgersubstanzen Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin, Gamma-Aminobuttersäure und Glutamat von Bedeutung. So ist bei einer schizophrenen Störung als ein möglicher ätiologischer Faktor eine regionale Überaktivität des Dopaminsystems zu beobachten und eine mögliche Therapieform ist die Behandlung mit Medikamenten, die dieses Überangebot regulieren.

Bei vielen psychischen Störungen kann ein genetischer Beitrag als gesichert gelten. Familien- und Adoptionsstudien zeigen in belasteten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von spezifischen Erkrankungen. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe seines Lebens an einer schizophrenen Störung zu erkranken, liegt in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1 %, bei einer genetischen Belastung kann sich diese Wahrscheinlichkeit deutlich erhöhen (z. B. bei Erkrankung eines Elternteils auf ca. 15 % für die Kinder).

Bei psychischen Störungsbildern finden sich Auffälligkeiten in der Morphologie, die verschiedene Teile des Gehirns betreffen können. Bei der Schizophrenie zum Beispiel sprechen wir von einer gestörten Funktion des sog. limbischen Systems, das anatomisch aus dem Gyrus cingularis und frontoorbitalis, dem Hippocampus und Parahippocampus, der Amygdala, den Mamillarkörpern, sowie dem ventralen Striatum mit dem Nucleus accumbens besteht. Mittels bildgebender Verfahren, wie z. B. der Computer- und Kernspintomographie, kann man u. a. das Gehirn untersuchen und diese morphologischen Veränderungen z. T. sichtbar machen.

13.2 Psychologische Ursachen

Die Psychologie befasst sich mit dem Erleben und Verhalten des Menschen in Bezug auf sich und seine Umwelt. Erziehung und Ereignisse in der Kindheit können prägend sein. Bindungsstile sind wichtig für die spätere Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen. In der Kindheit nicht gelöste Konflikte können später erneut aktualisiert werden und zu Symptomen und Leid führen. So kann eine Trennung vom Lebenspartner im Sinne eines Schlüsselerlebnisses Verlustängste, die verdrängt waren, aktualisieren. Es kann eine depressive Störung entstehen.

Kinder lernen die Symptome ihrer Eltern, eine zwangserkrankte Mutter kann so für ihre Kinder zum Modell für eine Zwangsstörung werden.

Kognitive Modelle der Panikstörung beschreiben die Fehldeutung körperlicher Symptome. Die Beschleunigung des Herzschlages wird dann als Hinweis auf eine bedrohliche Erkrankung gewertet. Kognition als Oberbegriff meint das Wahrnehmen, Erkennen und Verstehen eines Vorgangs. Die kognitive Psychotherapie veranlasst Patienten mit einer Depression, ihre Situation zu überdenken, anders zu beurteilen und letztlich zu verändern.

13.3 Soziale Ursachen

Psychische Störungsbilder können durch traumatische Erlebnisse verursacht werden. Unter einem Trauma wird jede belastende Situation verstanden, welche die Person außergewöhnlich bedroht oder die ein katastrophenartiges Ausmaß annimmt. Das Trauma wird bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung auslösen. Typische Traumata sind Naturkatastrophen (z. B. der Tsunami in Südostasien Ende 2004), Kampfhandlungen, Opfer oder Zeuge von Gewalttaten (Mord, Vergewaltigung, Folter). Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen sowie Vernachlässigung in der Kindheit können ursächlich für vielfältige Symptome und Krankheiten sein. Ein Störungsbild direkt im Anschluss an ein Trauma ist die posttraumatische Belastungsstörung, aber auch andere Störungsbilder werden mit Traumata in Verbindung gebracht, so die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Süchte, depressive Störungsbilder und die somatoformen Störungen.

Die meisten psychischen Störungen werden multifaktoriell verursacht. Es gibt genetische und biologische Faktoren, Umweltbedingungen, sowie psychologische Erklärungsmodelle. Die Therapie muss dementsprechend mehrdimensional (z. B. Psychotherapie, Soziotherapie und Psychopharmakotherapie) und multiprofessionell erfolgen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Was meint der Begriff Ätiologie? (Vorbemerkung)
- Was bedeutet der Begriff Vulnerabilität? (Vorbemerkung)
- Was meint multifaktorielle Verursachung von psychischen Störungsbildern? ▶ Kap. 13.3

Literatur

Ebert D (2001) Psychiatrie systematisch. Uni-med Verlag, Bremen

Kasper S, Volz H-P (2003) Psychiatrie compact. Thieme, Stuttgart

14 Verlauf psychischer Erkrankungen

Claudia Heinz, Jörg Utschakowski

14.1 Krankheitsepisoden – 224

14.2 Chronifizierung – 224
14.2.1 Bewältigungsphasen – 225
14.2.2 Bewältigungsstile –225

14.3 Prognose – 226

14.4 »Drehtürpsychiatrie« und Hospitalismus – 226

14.5 Kasuistik – 227

Literatur – 229

In Kürze

Der Verlauf psychischer Störungsbilder ist ausgesprochen vielfältig. Auch nach Jahren ist eine eindeutige Besserung der Symptomatik noch möglich. Bei vielen psychischen Krankheitsbildern werden Prognosekriterien festgelegt, diese werden im Rahmen des Kapitels näher erläutert. Es gibt unterschiedliche Verläufe bei Kindern, Erwachsenen und alten Menschen. Die Störungen können in Schüben verlaufen, es gibt vollständige Heilungen oder auch schwerste Verläufe mit der Gefahr der dauerhaften Versorgungsbedürftigkeit (z. B. Alzheimer-Demenz). Der fatalste Ausgang psychischer Krankheiten ist der Suizid.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitel haben Sie:

- Einblick in die vielfältigen Verlaufsformen psychischer Störungsbilder
- Einblick in die Entstehungsbedingungen der Chronifizierung
- Einblick in Langzeitverläufe mit ihren unterschiedlichen Konsequenzen

14.1 Krankheitsepisoden

Viele psychische Krankheiten verlaufen günstig. Sie heilen folgenlos aus. Die Vorstellung, dass eine psychische Krankheit immer chronisch verläuft, ist ein Mythos. So nimmt die Schizophrenie in ca. 2/3 der Fälle einen günstigen Verlauf. Bestimmte Störungen (z. B. eine Anpassungsstörung) können durch eine kurze Psychotherapie oder eine Krisenintervention erfolgreich behandelt werden.

Viele psychische Erkrankungen verlaufen in **Episoden**. Eine Episode ist eine vorübergehende, völlig rückbildungsfähige Phase einer Störung. Typisch ist diese Verlaufsform für bestimmte affektive Störungen, so z. B. für die Depression. Wenn die depressiven Symptome erneut auftreten, sprechen wir von einer rezidivierenden depressiven Episode.

Der Begriff des **Schubes** wird oft im Kontext mit der Schizophrenie verwendet und beschreibt die Verlaufscharakteristika dieser Erkrankung. Diese sind oftmals nicht gleichmäßig, sondern stufenförmig in ungleichmäßigen Sprüngen fortschreitend. Der schizophrene Schub kann ohne dauerhafte Folgen abklingen oder zu sog. Residualsymptomen führen. Residualsymptome können sich z. B. in einer typischen Negativsymptomatik äußern. Der betroffene Mensch mit einer schizophrenen Störung zeigt dann eine Antriebsverarmung, Gleichgültigkeit und soziale Isolierung, die affektive Kontaktaufnahme und das Mitfühlen mit anderen sind betroffen. Milieu- und soziotherapeutische Ansätze beziehen sich insbesondere auf Menschen mit dieser Symptomatik.

Verlaufstypen psychischer Störungen:

- episodisch:
  - **monoepisodisch** (einmaliges Auftreten mit Heilung),
  - **vollremittierend** (phasenhaftes Auftreten ohne Symptome in der Zwischenzeit),
  - **teilremittierend** (schubweises Auftreten, leichte stabile bis schwere Symptome),
- chronisch:
  - kontinuierlich (ständige Symptome),
  - sekundär (nach episodischem Verlauf),
  - schnell oder langsam fortschreitend.

Verlaufsphasen psychischer Störungen:

- **Prodromalphase**: nicht psychotische Dekompensationsphase,
- akute, **floride Phase**: spezifisch psychotisch,
- **postakute Phase**: Abklingen der Positivsymptome, Weiterbestehen der Negativsymptome, erhöhte Rezidivgefahr,
- stabile Phase: Stabilisierung auf Ausgangsniveau oder auf Residuum.

Ergänzend hierzu sind die vom Pflegestandpunkt aus entwickelten Krankheitsverlaufsphasen chronischer Erkrankungen von Corbin und Strauss zu beachten (vgl. Kap. 2.2.3).

14.2 Chronifizierung

Die Bedingungen für das Entstehen von chronischen Krankheitsprozessen sind vielfältig. Die Persönlichkeit des Erkrankten, die Erwartungen der Umwelt an ihn und die Dauer und die Schwere der Symptomatik haben Einfluss auf Chronifizierungsprozesse.

Wenn das Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des Körpers und der Psyche verloren geht, der Pa-

tient sich zunehmend hilflos und passiv fühlt und sich um Schonung bemüht, er zusätzlich in seinen sozialen Kompetenzen eingeschränkt ist und sich sozial zurückzieht, immer öfter diagnostische und therapeutische Leistungen in Anspruch nimmt und sich abhängig vom medizinischen und sozialen Versorgungssystem macht, dann sprechen wir von einem chronischen Krankheitsverhalten. Chronifizierung hängt eng mit der Bewältigung von Krankheit zusammen, wir sprechen von **Coping** bzw. Copingmechanismen.

14.2.1 Bewältigungsphasen

Mit den Verläufen der Krankheitsbewältigung befasst sich wissenschaftlich die Bewältigungsforschung insbesondere in der Gesundheitspsychologie. Die Bewältigung von krankheitsbedingten Veränderungen und Problemen ist entscheidend für die Lebensqualität der Betroffenen. Die Bewältigungs- oder Copingstrategien sind abhängig von individuellen und sozialen Ressourcen des Betroffenen und der Art und Intensität der Belastung. *Eine Eigenschaft wird zur Ressource, wenn mit ihrer Hilfe eine positive Veränderung angestoßen werden kann.* Die Form der **Krankheitsbewältigung** lässt sich daher nicht aus der Art und Schwere der Krankheit vorhersagen. Die Krankheitsbewältigung ist kein einmaliger Schritt, sondern ein Prozess, der sich über längere Zeit und über verschiedene Phasen hinziehen kann. Die Phasen verlaufen nicht unbedingt in einer festen Reihenfolge. Einzelne Phasen können übersprungen werden oder gleichzeitig erfolgen. Daher ist die folgende Beschreibung eher als Orientierung und nicht als festgelegte Struktur zu verstehen.

1. Verleugnung

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung ist für viele Betroffene auch aufgrund der damit verbundenen Stigmatisierung schwer zu akzeptieren. Ein Mechanismus der Verarbeitung dieser schockierenden Nachricht kann daher die Verleugnung der Krankheit sein. In dieser Phase ist Zuwendung und »Dabei-sein« (»being-with«) sehr unterstützend.

2. Aggression

Das Gefühl, vom Schicksal ungerecht behandelt zu werden oder von Fachkräften und Angehörigen falsch eingeschätzt zu werden, führt häufig zu Aggressionen, die z. T. offen, aber auch versteckt gezeigt werden. Trotz der gezeigten Ablehnung ist in dieser Phase das Signalisieren der Gesprächsbereitschaft sehr wichtig.

3. Depression

Mit dem Bewusstwerden der Krankheit und den damit verbundenen Folgeerscheinungen können Selbstzweifel, Unsicherheit und Zukunftsängste auftreten, die sich bis hin zu depressiven Symptomen steigern können. Die Betroffenen suchen oft Hilfe, ohne sie wirklich annehmen zu können. In dieser Phase sollten dem Patienten Akzeptanz und kontinuierliche Beziehungsangebote entgegengebracht werden.

4. Verhandeln

Diese Phase ist damit verbunden, dass die Betroffenen die Folgen und die Tragweite der Krankheit auszuloten versuchen. Dies kann auch damit verbunden sein, erweiterte Erklärungsmuster für die erlebten Phänomene zu finden, oder alternative Behandlungsversuche zu erproben.

5. Akzeptanz

In dieser Phase beginnen die Betroffenen die Krankheit und ihre Folgen in den Alltag und in das Lebenskonzept zu integrieren. Dies kann in der befreienden Erkenntnis und Erfahrung münden, dass trotz einer psychischen Störung das Leben wieder aktiv gestaltet werden kann.

14.2.2 Bewältigungsstile

Die Art der Krankheitsbewältigung kann sehr unterschiedlich sein. Zusammenfassend lassen sich im Wesentlichen 4 Stile der Bewältigung identifizieren.

Der verleugnende Bewältigungsstil

Der Stil der Verleugnung bezieht sich auf Symptome, Krankheitsanzeichen und Frühwarnzeichen. Der Betroffene ignoriert Besonderheiten und bagatellisiert Beeinträchtigungen. Dieser Stil birgt einerseits die Gefahr, dass Krisen erst spät erkannt und behan-

delt werden können. Andererseits kann darin auch ein Potenzial des Patienten liegen, sich nicht von der Krankheit bestimmen lassen zu wollen.

Der sinnsuchende Bewältigungsstil

Dieser Stil ist stark beeinflusst von den Glaubenssystemen der Betroffenen, die herangezogen werden, um für die Tatsache, erkrankt zu sein, einen Sinn zu finden. Einerseits kann dieser Stil dazu führen, dass das Phänomen der psychischen Krankheit in einen erklärbaren Kontext eingeordnet wird. Andererseits kann dies auch zu Resignation und Verzweiflung führen.

Der aktive Bewältigungsstil

Dieser Stil ist davon bestimmt, einen aktiven Umgang mit der Krankheit zu suchen. Hierzu gehören das Interesse an umfangreichen Informationen zur Krankheit aber auch an erweiterten Hilfsangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten. Der Betroffene versucht für sich und mit seinem sozialen Umfeld neue Zugehensweisen und Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Der sozial-integrative Stil

Dieser Stil ist besonders wichtig und nachhaltig. Kontakte, Beziehungen und soziale Unterstützung sind im Kontext psychischer Störungen besonders wichtig, da ihre Begleiterscheinungen immer wieder die Gefahr der Isolation mit sich bringen. Soziale Eingebundenheit erfolgt auf Dauer jedoch nur, wenn sie wechselseitig hergestellt wird. Sie fordert von den Betroffenen aktives Handeln, indem einerseits Bedürfnisse formuliert werden, aber auch Verantwortungsübernahme für die eigene Situation gezeigt wird.

Krankheitsbewältigung und Lebensqualität

Die Bewältigung von Krankheit und Krankheitsfolgen hat einen großen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen. Die Möglichkeiten und die Qualität von Arbeit und Beruf, der Freizeitgestaltung, Partnerschaft, Familie und sozialen Kontakten hängen von der Bewältigung ab. Neben den individuellen und sozialen Ressourcen kommt hierbei der professionellen Unterstützung eine große Bedeutung zu. Schon zu Beginn der Behandlung ist es wichtig, die Patienten bei der Entwicklung von flexiblen und aktiven Bewältigungsmöglichkeiten zu fördern.

14.3 Prognose

Für verschiedene Krankheitsbilder wurden Prognosekriterien festgelegt. Diese sollen eine Aussage über den wahrscheinlichen Verlauf einer Störung machen. Bei den schizophrenen Störungen sind beispielsweise prognostisch ein akuter Krankheitsbeginn mit produktiver Symptomatik, eine ausgeglichene und sozial erfolgreiche prämorbide Persönlichkeit und eine psychoreaktive Auslösung als prognostisch günstig zu werten.

Psychoreaktiv sind z. B. Krisen im Zusammenhang mit lebensverändernden Ereignissen, wie die Geburt eines Kindes, ein Arbeitsplatzwechsel, aber auch Trennungen oder Verlusterlebnisse. Verschiedene Untersuchungen haben aufgezeigt, dass die Einschätzungen der Betroffenen selbst über ihren Krankheitsverlauf am ehesten zutreffen. Neben den individuellen Bedingungen der Betroffenen spielen für die Chronifizierung von psychischen Störungen auch die Behandlungs- und Versorgungsangebote eine erhebliche Rolle.

14.4 »Drehtürpsychiatrie« und Hospitalismus

Die psychiatrischen Versorgungssysteme gliedern sich in ambulante, teilstationäre, vollstationäre sowie komplementäre Einrichtungen. Der Begriff der »Drehtürpsychiatrie« beschreibt das Phänomen der wiederholten Krankenhausaufnahme in kurzer Zeit. Die Behandlung mit modernen Psychopharmaka, die psychotherapeutischen Interventionen durch ein therapeutisches Team und die Beschäftigungs- und Milieutherapie können schnell zu einer Entaktualisierung der psychischen Symptome führen. Besonders wichtig sind verlässliche Beziehungsangebote des therapeutischen, multiprofessionellen Teams.

Nach der Krankenhausbehandlung fällt es den psychisch erkrankten Menschen jedoch häufig schwer, sich wieder an die soziale Umgebung anzupassen. Auftretende Probleme können nicht angemessen bewältigt werden, die nötigen Medikamente werden abgesetzt und die erneute Klinikaufnahme erfolgt. Um den Drehtüreffekt zu vermeiden und die Betroffenen bei der Rückkehr in ihr soziales Um-

feld zu unterstützen, werden zunehmend nachsorgende Dienste angeboten (Beratungsstellen, betreutes Wohnen etc.). Da das Problem der häufigen stationären Wiederaufnahme z. T. aber auch darin begründet liegt, dass die sozialen Ressourcen und Kompetenzen im Krankenhausrahmen zu wenig gestärkt und entwickelt werden können, bieten ambulante psychiatrische Pflegedienste und regionale Krisenzentren oftmals eine sinnvolle gemeindeorientierte Alternative.

In diesem Kontext gewinnen die Bezugspflege und Case-Managment-Ansätze eine besondere Bedeutung. Die individuelle Beziehung wird hier zur Grundlage der Intervention (ohne Beziehung lässt der Patient keinen Kontakt zu), zum Erfahrungsraum (Erleben oder Ausprobieren von Handlungsalternativen) und zur Methode (Handlungen und Wahrnehmungen reflektieren und initiieren).

Definition

Unter **Hospitalismus** werden alle körperlichen und seelischen Störungen verstanden, die durch einen langfristigen stationären Aufenthalt hervorgerufen werden. In der Regel wird dieser Begriff auf Kinder angewandt, die zuhause oder in Institutionen in der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse erheblich vernachlässigt werden.

Ähnliche Erscheinungen kommen auch bei Erwachsenen in Krankenhäusern, Seniorenheimen und in der Psychiatrie bei unpersönlicher Betreuung und mangelhafter individueller Zuwendung, reizarmer Umgebung und sozialer Isolation vor. Symptome des Hospitalismus sind u. a. körperliche Vernachlässigung, emotionale und intellektuelle Retardierung, Wahrnehmungs- und Kontaktstörungen, Reizbarkeit, Angstzustände, motorische Unruhe und Stereotypien.

Nicht nur die Institution sorgt für das Phänomen des Hospitalismus, auch die Persönlichkeitsmerkmale des einzelnen Patienten können den Hospitalismus fördern.

In der folgenden Kasuistik wird ein möglicher Verlauf einer schizophrenen Störung beschrieben.

14.5 Kasuistik

Kasuistik

Frau Sch., eine 35-jährige Verwaltungsangestellte, erkrankte erstmals vor 10 Jahren an einer schizophrenen Störung. Sie stammt aus einer kleinen südniedersächsischen Stadt. Der Bruder der Mutter und die Großmutter mütterlicherseits litten ebenfalls an einer paranoiden Schizophrenie. Die Erstmanifestation bei Frau Sch. erfolgte im Anschluss an eine Beförderung, sie war vom Archiv einer Bibliothek in die Verleihabteilung befördert worden. Sie hörte imperative Stimmen, die sie bedrohten und beschimpften, sie wähnte sich von Männern verfolgt.

Die Mutter bemühte sich um eine psychiatrische Vorstellung, letztlich wurde Frau Sch. für 4 Wochen stationär behandelt. Sie erhielt Antipsychotika und relativ zügig verschwanden die produktiv-psychotischen Symptome. Sie war durch die Medikamente müde und in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Die behandelnden Psychiater in der Klink empfahlen eine Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Psychiater und die Fortführung der medikamentösen Therapie. Frau Sch. ging nicht zu einem niedergelassenen Psychiater und setzte die Medikamente zeitnah zur Entlassung aus der Klinik ab. Sie fand nur zögerlich zurück in den Beruf, die neue Tätigkeit bereitete ihr Schwierigkeiten. Sie war gereizter und kam immer häufiger unpünktlich zur Arbeit. Sie hatte Fehltage, besonders montags kam sie nur noch selten aus ihrer Wohnung. Etwa ein halbes Jahr nach der ersten Klinikaufnahme kehrten die wahnhaften Symptome zurück. Frau Sch. verließ kaum noch die Wohnung, nur in den eigenen Räumlichkeiten fühlte sie sich sicher. Sie kümmerte sich nicht um Freunde, erschien nicht zu Familienfeiern und der Haushalt wurde ihr gleichgültig. Sie aß nicht mehr, sie wähnte die Lebensmittel vergiftet, nachts hörte sie laut Musik, dann hörte sie die Stimmen nicht mehr so laut. Schließlich verständigten die Nachbarn die Polizei und Frau Sch. wurde gegen ihren Willen in der Klinik aufgenommen.

▼

Nach der Entaktualisierung der Symptome blieb Frau Sch. noch 3 Monate vollstationär. Im Anschluss wurde sie 8 Wochen in der Tagesklinik behandelt. Die Tagesklinik bemühte sich sehr um die Patientin, vielfältige Therapieoptionen wurden geprüft und angewandt. Besonders profitierte die Patientin von der individuellen Betreuung durch das Pflegepersonal (Bezugspflege), die psychoedukativen (gesundheitsfördernden) Gruppenangebote, der Bewegungstherapie, der stützenden Psychotherapie und den Gesprächen zwischen der Sozialarbeiterin und dem Arbeitgeber, an denen Frau Sch. zunächst mit vielen Ängsten teilnahm. Frau Sch. konnte mit ihrem Arbeitgeber eine stufenweise Wiedereingliederung in ihre Berufstätigkeit (Archiv) vereinbaren, begonnen wurde die Maßnahme aus der Klinik heraus.

Von der Tagesklinik knüpfte die Patientin Kontakte zu niedergelassenen Psychiatern. Frau Sch. wurde mit einer Erhaltungsdosis eines hochpotenten Antipsychotikums entlassen, welches sie in einer niedrigen Dosis relativ gut vertrug. Im Verlauf der folgenden 9 Jahre ging Frau Sch. noch dreimal in die Klinik, zweimal wurde sie für einige Tage auf einer offenen Aufnahmestation aufgenommen, sie hatte die Medikamente jedes Mal abgesetzt. Es kam erneut zu einem tagesklinischen Aufenthalt. Die Patientin hatte sich verliebt und stand vor der Entscheidung dem Partner ihre Erkrankung mitzuteilen. Sie war hin- und hergerissen. Sie schlief schlecht, war traurig und es drängten sich Selbstmordgedanken auf, die sie gut kontrollieren konnte. Frau Sch. erlebte die Tagesklinik erneut sehr hilfreich, die Mitarbeiter des Pflegedienstes kannten Frau Sch. und in mehreren Gesprächen mit Frau Sch. und ihrem Partner konnten Zukunftsperspektiven entwickelt werden. Es erfolgte die Umstellung auf ein atypisches Antipsychotikum, welches Frau Sch. deutlich besser vertrug. Seit dieser teilstationären Behandlung gab es keinen erneuten stationären oder teilstationären Aufenthalt, die Patientin ist stabil, eine Rezidivprophylaxe (Rückfallverhütung) erfolgt weiterhin. Frau Sch. hat ihren Partner geheiratet.

Die Kasuistik, in der die persönlichen Daten anonymisiert wurden, dokumentiert eine mögliche und typische Verlaufsform einer Patientin mit einer schizophrenen Störung.

Bis zum 25. Lebensjahr hatte die Patientin nur einmalig einen Kontakt zu einer Psychiaterin, sie hatte mit 15 Jahren Schlafstörungen, Schulängste und hatte sich vermehrt zurückgezogen. Nach einigen Wochen waren die Symptome verschwunden. In der Nachschau des Störungsbildes können die Symptome im Sinne von unspezifischen Vorpostensymptomen gewertet werden. Vorpostensymptome sind z. B. Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen, aber auch Ängste und depressive Verstimmungen. Sie gehen der schizophrenen Störung im Durchschnitt 10 Jahre voraus.

Die Mutter von Frau Sch. war durch das Auftreten von schizophrenen Störungen in der Familie mit spezifischen Kompetenzen ausgestattet, sie erkannte die Symptome und deren Krankheitswert, vorsichtig und bemüht schaltete sie einen Psychiater ein, als es zur Erstmanifestation von schizophrenen Symptomen bei der Tochter kam, und initiierte die Klinikaufnahme. Bezüglich der akut produktiv-psychotischen Symptome – in unserer Kasuistik akustische Halluzinationen und inhaltliche Denkstörungen im Sinne eines Verfolgungswahnes – remittierte (Zurückgehen von Krankheitssymptomen) die Patientin durch die Behandlung mit Antipsychotika. Sie hatte eine schizophrene Episode. Es traten in der Folge weitere Episoden auf, insbesondere nach Absetzen der Medikamente und in lebensverändernden Situationen. Die Patientin erholte sich jeweils vollständig. Frau Sch. suchte eine ärztliche Psychotherapeutin auf, hier konnte sie für sich wichtige Lösungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung erarbeiten und Probleme im Beruf und in der Partnerschaft besprechen.

Die Patientin selbst spricht nicht von einer schizophrenen Störung, sie sagt, sie leide an Depressionen oder habe psychotische Krisen. Der Krankheitsverlauf ist insgesamt bis zum jetzigen Zeitpunkt als günstig zu werten. Die Patientin erholte sich bislang vollständig von den psychotischen Episoden. Besonders im ersten Jahr der Erkrankung verbrachte die Patientin viel Zeit in der Klinik, konnte jedoch letztlich gut von den dortigen Therapieangeboten profitieren, sie lernte, mit Frühwarnsymptomen –

bei ihr Schlafstörungen und Rückzug in die eigenen vier Wände – umzugehen und kurzfristig die Medikation zu erhöhen bzw. ein niederpotentes Neuroleptikum als beruhigendes und schlafanstoßendes Medikament zu nutzen. Zusätzlich fühlt sie sich von der behandelnden Psychiaterin verstanden und nutzt regelmäßige Gesprächskontakte in deren Praxis. Die Kasuistik beschreibt zwischen den einzelnen Erkrankungsschüben eine vollständige Remission (Zurückbildung) der Symptome.

Bei einem ungünstigeren Verlauf können bei einem Patienten Residualsymptome (Restsymptome) zurückbleiben. Solche Residualsymptome sind z. B. die soziale Isolation, die Beeinträchtigung in der Durchführung der persönlichen Hygiene, Antriebsmangel und eine depressive Stimmungslage. Daraus leiten sich konkrete Tätigkeiten in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ab, wie z. B. eine ambulante Betreuung durch psychiatrische Dienste, regelmäßige Freizeitaktivitäten in der Gruppe, Begleitung zu Ämtern und Nervenärzten. Der Patient wird da abgeholt, wo er steht und erhält soviel Unterstützung wie nötig. Er wird aktiv begleitet, d. h., wenn er nicht zum Kaffeetreff in der Institutsambulanz kommt, wird eine »nachgehende Hilfe« organisiert.

Bei manchen Verläufen von psychischen Erkrankungen bleiben die Residualsymptome für lange Zeit stabil, bei anderen betroffenen Menschen treten sie nach jedem Erkrankungsschub stärker in den Vordergrund.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Was sind Vorpostensymptome? ▶ Kap. 14.5
- Was sind Residualsymptome? ▶ Kap. 14.1
- Was meint der Begriff Episode? ▶ Kap. 14.1
- Wie kann der Begriff Chronifizierung erklärt werden? ▶ Kap. 14.2
- Was ist der Unterschied zwischen Bewältigungsformen und Bewältigungsstilen? ▶ Kap. 14.2
- Was meint der Begriff Drehtürpsychiatrie? ▶ Kap. 14.4
- Erklären Sie den Begriff Hospitalismus! ▶ Kap. 14.4

Literatur

Ebert D (2001) Psychiatrie systematisch. Uni-Med Verlag, Bremen

Goffmann E (1973) Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Fischer, Frankfurt aM

Hauch J, Zeiler HP (Hrsg) (1991) Gesundheitspsychologie: zur Sozialpsychologie der Prävention und der Gesundheitsforschung. Asanger, Kröning

Hunold P, Rahn E (2000) Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Psychiatrieverlag, Bonn

Kasper S, Volz HP (2003) Psychiatrie compact. Thieme, Stuttgart

Rössler W, Hoff P (2005) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Springer, Berlin Heidelberg New York

Schmolke M (2001) Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen: Eine empirische Untersuchung. Psychiatrieverlag, Bonn

Weitkunat B, Haisch J, Kessler M (1997) Public Health und Gesundheitspsychologie. Hans Huber, Bern

15 Psychopathologie

Martin Meyer

15.1 Erkennen von Bewusstseinsstörungen – 232
15.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen – 232
15.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen – 233

15.2 Erkennen von Orientierungsstörungen – 233

15.3 Erkennen von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen – 234

15.4 Erkennen von Gedächtnisstörungen – 234
15.4.1 Quantitative Gedächtnisstörungen – 235
15.4.2 Qualitative Gedächtnisstörungen – 235

15.5 Erkennen von Denkstörungen – 236
15.5.1 Formale Denkstörungen – 236
15.5.2 Inhaltliche Denkstörungen – 237

15.6 Erkennen von Ängsten und Zwängen – 239
15.6.1 Ängste – 239
15.6.2 Zwänge – 239

15.7 Erkennen von Störungen des Ich-Erlebens – 239

15.8 Erkennen von Affektstörungen – 241

Literatur – 243

In Kürze

Die Psychopathologie ist ein Teilbereich der Psychologie/Psychiatrie und beschäftigt sich mit denjenigen Veränderungen des Erlebens, Verhaltens und der Persönlichkeit, die aus der Norm fallen und Leiden verursachen. Hierbei geht es um die Beschreibung und Klassifikation der einzelnen psychischen Störungen und der für sie typischen Symptome. Die psychopathologischen Phänomene sind Grundlage jeder psychiatrischen Diagnostik und **Nosologie**.

Wissensinhalte

Durch das Studium dieses Kapitels erhalten Sie:

- einen Einblick in abnorme Veränderungen des Erlebens, Verhaltens und der Persönlichkeit
- Kenntnisse über Bewusstseins-, Orientierungs-, Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Gedächtnis-, Denk- und Affektstörungen
- allgemeine Kenntnisse über Ängste und Zwänge
- Einblick in die Störungen des Ich-Erlebens

15.1 Erkennen von Bewusstseinsstörungen

Definition

Bewusstsein bezeichnet die Gesamtheit und den Ausdruck aller unserer gegenwärtigen psychischen Vorgänge. Es beschreibt die Fähigkeit, sich mittels, Beobachtung, Urteil und Verhalten im Vergleich zu seiner Umwelt zu erleben. Es ist ferner die Instanz, in der mentale Zustände, wie beispielsweise Schmerz, Wut und Farbempfindung, repräsentiert werden. Eine höhere Stufe ist das »Bewusstsein des eigenen Bewusstseins«.

Das Bewusstsein verfügt über zwei Gegenpole. Auf der einen Seite die **Bewusstlosigkeit**, die den Fortfall jeglicher Möglichkeiten des Erlebens und Handelns im Umwelt-, Körper- und Selbstbezug bezeichnet. Auf der anderen Seite das Unbewusste, das alle psychischen Vorgänge beschreibt, die – aus welchen Gründen auch immer – selbst nicht vom erlebenden Individuum wahrgenommen werden können. Inhalte des Unbewussten können jedoch z. B. durch psychotherapeutische Prozesse bewusst gemacht und somit zu Erlebnissen werden.

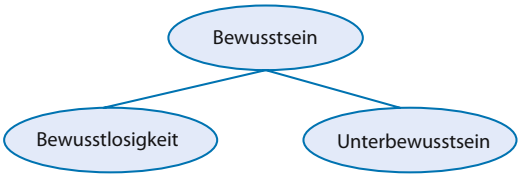


Abb. 15.1. Das Bewusstsein und seine Gegenpole

Unter Bewusstseinstörungen werden alle krankhaften oder auf Ermüdung zurückzuführenden Beeinträchtigungen bei der Wahrnehmung, bei Gedächtnisleistungen und beim Denken verstanden. Man unterscheidet quantitative von qualitativen Bewusstseinsstörungen.

15.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen

Hierbei handelt es sich um eine graduelle Abstufung der Bewusstseinshelligkeit. Man unterteilt sie in 3 Grade.

Somnolenz

Sie stellt die leichteste Stufe dar. Es handelt sich bei ihr um einen Zustand der Benommenheit. Die Betroffenen wirken apathisch und schläfrig. Durch Anruf oder Schmerzreiz besteht jedoch Weckbarkeit. In begrenztem Umfang ist eine Verständigung möglich.

Sopor

Die Betroffenen befinden sich in einem tiefschlafähnlichen Zustand. Eine Weckbarkeit ist nicht mehr möglich. Nur noch stärkere Reize können Reaktionen auslösen. Diese entsprechen jedoch meist nicht der Situation, sind eher stereotyp und äußern sich in Form von Lallen, Grimassieren oder Murmeln.

Koma

Dies ist die letzte Abstufung der Bewusstseinshelligkeit. Es handelt sich um einen Zustand der tiefen Bewusstlosigkeit. Selbst auf stärkste Reize erfolgt keine Reaktion. Neben dem Erlöschen der Eigen- und Fremdreflexe fehlt häufig die Pupillenreaktion.

Es kommt zu Störungen der Atem- und Kreislaufregulationen.

Praxisbox

Vorkommen quantitativer Bewusstseinsstörungen: bei hirnorganischen Erkrankungen, internistische Erkrankungen (z. B. Coma diabeticum, Leberkoma, Urämie, Intoxikationen).

15.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen

Damit sind Veränderungen der Bewusstseinsinhalte und der Art und Weise des Erlebens gemeint.

Bewusstseinseintrübung

Hier handelt es sich um einen Zustand der Verwirrung. Die Betroffenen sind in ihrer Fähigkeit zu denken beeinträchtigt. Sie können die aktuelle Situation, in der sie sich befinden, nicht abschätzen. Die Umgebung wird häufig illusionär verkannt. Die Betroffenen wirken verwirrt und desorientiert.

Praxisbox

Vorkommen: bei körperlich begründbaren Psychosen, hirnorganischen Erkrankungen und Vergiftungen.

Bewusstseinseinengung

Hiermit ist eine Reduktion der Bewusstseinsinhalte gemeint. Der Kranke wird von einigen wenigen Gedanken, Gefühlen und Trieben beherrscht. Alles andere ist ausgeschaltet. Die Ansprechbarkeit auf Außenreize ist stark vermindert.

Praxisbox

Vorkommen: auch hier sind die Ursachen in körperlich begründbaren Psychosen zu finden.

Bewusstseinsverschiebung

Hierbei handelt es sich um eine Bewusstseinsveränderung, die mit dem Gefühl der Intensitäts- und Helligkeitssteigerung hinsichtlich Wachheit, Wahrnehmung interpersonaler oder außenweltlicher Vorgänge einhergeht. Die Wahrnehmung erscheint lebhafter und stärker gefühlsbetont. Das Erleben scheint auf andere, ungewohnte Dinge des Alltags ausgerichtet. Manchmal besteht eine beglückt-gehobene Stimmung mit inneren Licht- und Energieerlebnissen und kosmischer Verbundenheit.

Praxisbox

Vorkommen: bei Schizophrenie, bei Manie, nach Einnahme von halluzinogenen Drogen oder Psychostimulanzien (Amphetamine).

15.2 Erkennen von Orientierungsstörungen

Definition

Orientierung bedeutet das Wissen um die Zeit, den Ort, die Situation und die eigene Person. Diese Kenntnis ermöglicht, dass Menschen sich im täglichen Leben zurechtfinden.

Störungen der zeitlichen Orientierung

Damit ist der Verlust der Kenntnis von Datum, Tag, Monat, Jahr und Uhrzeit gemeint. Die Betroffenen wissen nicht, welche Zeit es ist. Mitunter kommt es zu **Fassadenverhalten** und einem häufigen Nachfragen nach dem Wochentag oder der Jahreszeit. Menschen mit einer zeitlichen Orientierungsstörung leben meistens im Altzeitgedächtnis. Das heißt, in einer Zeit vor dem Eintreten der Störung.

Störungen der räumlichen Orientierung

Es kommt zu einem Verlust der Kenntnis des Ortes, an dem man sich aufhält. Die Betroffenen wissen nicht mehr, wo sie sich befinden. Sie verlaufen sich häufig, finden sich in ihrer aktuellen Umgebung nicht zurecht.

Störungen der situativen Orientierung

Hierbei handelt es sich um ein Verkennen der aktuellen Situation, in der man sich befindet. Dementsprechend verhält sich der Erkrankte. Er hält z. B. die Station für ein Hotel. Die Teammitarbeiter sind Hotelangestellte. Weder die Einrichtung seines

Zimmers noch die Dienstkleidung lassen den Erkrankten auf einen Aufenthalt im Krankenhaus schließen.

Störung der Orientierung zur eigenen Person
Verlust des Wissens um die Merkmale der eigenen Person. Die Erkrankten können keine Angaben zu ihrem Namen, dem Geburtsdatum oder ihrem Beruf machen. Manchmal sind Bruchstücke der Person vorhanden. Ein Patient reagiert z. B. auf seinen Vornamen, hat aber keinerlei Kenntnis mehr um seinen Familiennamen.

Praxisbox

Vorkommen von Orientierungsstörungen: bei organisch bedingten psychischen Störungen (z. B. Demenzerkrankungen oder Delirium), Wahnerkrankungen.

15.3 Erkennen von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen

Definition

Aufmerksamkeit ist die Fähigkeit, die Welt selektiv wahrzunehmen. Darunter wird die Tatsache verstanden, dass Menschen Informationen gezielt auswählen, ihre geistige Anstrengung unter einer Zielsetzung bündeln und nicht Dazugehöriges außer Acht lassen. Diese Form der Aufmerksamkeit bezeichnet die Fähigkeit, stetig und zielgerichtet einer Aufgabe nachzugehen und konkurrierende Handlungstendenzen zu unterlassen.

Mit **Konzentration** ist die Fähigkeit gemeint, eine Aufgabe über einen definierten Zeitraum sorgfältig und zügig auszuführen. Eine Person handelt in dem Maße konzentriert, in dem sie verschiedene, an der Informationsverarbeitung und Handlungsregulation beteiligte Funktionen ausrichtet und abstimmt, um ein bestimmtes Handlungsziel zu verfolgen.

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
Die Bedeutung von Wahrnehmungen kann nicht mehr erfasst und sinnvoll miteinander in Verbindung gebracht werden. Die Erkrankten sind unfähig, ihre Aufmerksamkeit auf einen Sachverhalt oder Gegenstand auszurichten. Sinnvolle, zielgerichtete Gespräche sind kaum möglich. Sinnvolle Handlungen können, je nach Schweregrad, nicht mehr oder nur ungenügend durchgeführt werden.

Praxisbox

Vorkommen von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen: bei der Schizophrenie, bei Manien, Depressionen, degenerativen Hirnerkrankungen und anderen hirnorganischen Störungen.

15.4 Erkennen von Gedächtnisstörungen

Definition

Unter **Gedächtnis** versteht man die Fähigkeit des Gehirns, Informationen zu speichern und diese zu einem späteren Zeitpunkt, willentlich oder unwillentlich, wieder hervorzuholen.

Man unterscheidet zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis. Störungen in diesen verschiedenen Bereichen wirken sich im Alltag sehr unterschiedlich aus. Da nicht alle Reize aus der Umwelt gespeichert werden können, findet zunächst teils unbewusst, teils auch bewusst, eine Filterung dieser Reize statt. Danach gelangt der Teil der Informationen, die durch den Filter gekommen sind, in das Kurzzeitgedächtnis, wo sie für wenige Minuten verbleiben. Erst durch Wiederholen, bewusstes Lernen oder eine starke emotionale Verknüpfung werden Informationen schließlich in das Langzeitgedächtnis übertragen. Dort können sie Minuten bis Jahre verbleiben.

15.4.1 Quantitative Gedächtnisstörungen

Definition

Darunter versteht man Schwierigkeiten, sich Informationen und Erlebtes einzuprägen, zu behalten und sich daran wieder zu erinnern. Man spricht dann von Störungen, wenn sich das Gedächtnis durch eine Krankheit wesentlich verschlechtert hat und die Leistungen nicht mehr denen der Altersgruppe entsprechen.

Störung des Kurzzeitgedächtnisses

Dies bedeutet, dass neue Informationen bereits nach wenigen Sekunden oder Minuten wieder vergessen werden. Die Erinnerung an Dinge, die vor dem Krankheitseintritt gespeichert wurden, bleibt erhalten. Insbesondere beim Korsakow-Syndrom bleiben Intelligenz und geistige Beweglichkeit oft weitgehend unbeeinträchtig. Die Vergesslichkeit wird häufig bewusst erlebt.

Störung des Langzeitgedächtnisses

Im Langzeitgedächtnis sind Ereignisse vor der Krankheit, die Monate oder gar Jahre zurückliegen, abgelegt. Wichtige Aspekte des Altgedächtnisses sind das biographische Gedächtnis sowie allgemeines und fachliches Wissen eines Menschen. Treten Störungen des Altgedächtnisses auf, müssen nicht alle alten Erinnerungen betroffen sein. Bei vielen degenerativen Hirnerkrankungen kommt es zu einem allmählichen Nachlassen der Gedächtnistätigkeit. In der Regel sind am stärksten die kürzer zurückliegenden Gedächtnisinhalte beeinträchtigt. Weit zurückliegende Gedächtnisinhalte können noch lange Zeit abgerufen werden. Am längsten bleiben gut eingeschliffene Verhaltensweisen und Redensarten erhalten.

Amnesien

Damit sind begrenzte Erinnerungslücken gemeint. So kann es nach einem Hirntrauma zu einer Erinnerungslücke kommen, die sich auf einen gewissen Zeitraum vor dem Eintreten der Verletzung erstreckt. Man spricht dann von einer *retrograden Amnesie*. Dem gegenüber steht die *anterograde Amnesie,* die sich auf einen bestimmten Zeitraum nach der schädigenden Ursache erstreckt. Daneben gibt es *psychogene Amnesien*, die im Rahmen von abnormen Erlebnisreaktionen auftreten können. Meist sind diese als »Verdrängung« von Gedächtnisinhalten zu verstehen.

Praxisbox

Vorkommen quantitativer Gedächtnisstörungen: bei allen degenerativen Hirnerkrankungen und anderen hirnorganischen Störungen, hysterischen Persönlichkeitsstörungen, abnormen Erlebnisreaktionen.

15.4.2 Qualitative Gedächtnisstörungen

Definition

Hierbei handelt es sich um Erinnerungsfälschungen oder Scheinerinnerungen. Die Gedächtnisleistung lässt nicht nach, sondern Inhalte des Gedächtnisses werden umgestaltet.

Wahnhafte Erinnerungsentstellung

Hierbei werden Erinnerungen so umgestaltet, dass sie sich in das augenblickliche Wahnsystem einordnen lassen. So kann sich der Wahnkranke sehr genau daran erinnern, dass seine Frau seit über einem Jahr bereits mit dem Nachbarn regelmäßig hinter seinem Rücken tuschelt, obschon in der Realität keinerlei Kontakte zwischen den beiden bestehen.

Pseudologia phantastica

Erinnerungen werden durch Hinzudichten und freies Erfinden entstellt. Häufig ist es so, dass die Grenze zwischen tatsächlich Erlebtem und Erfundenem sowohl für Außenstehende als auch für den Patienten selber verschwimmt. Dabei ist der Betroffene nur für den Augenblick der Erzählung von der Wahrheit und Richtigkeit überzeugt.

Konfabulation

Die Konfabulation kommt in der Regel bei Störungen des Kurzzeitgedächtnisses vor. Es handelt sich dabei um eine Variation der Unwahrheit, ohne die bewusste Absicht der Lüge. Es besteht die feste und anhaltende

Überzeugung, dass keine Erinnerungslücken vorliegen und die Geschichte so stimmt, während sie tatsächlich nachträglich hinzugefügt wurde, um eine Lücke zu schließen.

Sowohl die Pseudologia phantastica als auch die Konfabulation geben sich oft erst im Verlauf eines längeren Gesprächs zu erkennen. Gerade Konfabulierende haben, bedingt durch die eigene Gewissheit um die Wahrheit der Erinnerung, eine oft verblüffende Überzeugungskraft.

Déjà-vu-Erlebnisse

Hierbei handelt es sich um eine Form der Erinnerungstäuschung, bei der man meint, eine momentane Situation schon einmal gesehen oder erlebt zu haben. Déjà-vu-Erlebnisse treten auf, bei schizophrenen Psychosen, bestimmten Formen der Epilepsie aber auch bei Gesunden, vornehmlich im Zustand der Ermüdung.

Praxisbox

Vorkommen qualitativer Gedächtnisstörungen: bei Psychosen, hirnorganischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen.

15.5 Erkennen von Denkstörungen

Definition

Denken ist eine geistige Tätigkeit, die darauf ausgerichtet ist, Bedeutungen zu erkennen und Beziehungen herzustellen. Der Ablauf des Denkens ist auf Begriffe, Urteile und Schlüsse angewiesen. Mit Denken ist eine Form der Informationsverarbeitung gemeint, die alle Vorgänge zusammenfasst, die aus einer aktiven inneren Beschäftigung mit Vorstellungen, Erinnerungen und Begriffen eine Erkenntnis zu formen suchen. Dies geschieht durch Verknüpfen oder bewusstes Entkoppeln von Gedankeninhalten und Ideen sowie deren Umformung.

Zu den elementaren Denkoperationen gehören Erkennen, Wiedererkennen und Identifizieren, das Suchen nach neuen, logisch begründbaren Lösungswegen sowie die Prüfung und anschließende Bewertung deren Anwendbarkeit.

In Bezug auf Störungen des Denkens wird zwischen dem gesetzmäßigen Ablauf, also der Form des Denkens, und den Denkinhalten unterschieden.

15.5.1 Formale Denkstörungen

Definition

Damit gemeint sind Störungen des Gedankenganges. Der Ablauf des Denkens und der Denkoperationen gelingt nicht mehr oder nur sehr ungenügend.

Denkhemmung/Denkverlangsamung

Der Ablauf des Denkens ist verlangsamt. Die Denkinhalte konzentrieren sich auf wenige Themen. Das Sprechen ist oft sehr langsam, der Wortschatz reduziert. Das Denken in sich ist jedoch noch geordnet. Die Patienten sind sich der Störung bewusst und klagen sehr darüber, ohne diese jedoch mit eigenen Möglichkeiten beseitigen zu können.

Praxisbox

Vorkommen: bei Depressionen, Schizophrenie.

Umständliches Denken

Die Betroffenen sind nicht dazu in der Lage, Wichtiges von weniger Wichtigem zu unterscheiden. Im Gespräch wird das eigentliche Ziel nur über sehr viele Umwege erreicht. Fast alle Nebensächlichkeiten werden miteinbezogen.

Praxisbox

Vorkommen: bei organisch begründbaren Psychosen, Oligophrenie.

Einengung des Denkens

Das Denken beschränkt sich auf wenige Themen. Im Gespräch kreist der Patient ausschließlich um ein bestimmtes Thema. Es ist kaum möglich, ihn davon abzulenken und die Inhalte auszuweiten.

Praxisbox

Vorkommen: bei organisch begründbaren Psychosen, Wahnerkrankungen, Schizophrenie.

Perseverierendes Denken

Das Denken des Patienten kehrt immer wieder zu den gleichen Gedanken, Worten und Angaben zurück. Er kann sich davon nicht lösen. Die Gesprächsinhalte beziehen sich fast immer auf die entsprechenden Themen. Die Patienten klagen darüber, immer nur über »ihr« sorgenvolles Thema grübeln zu müssen.

Praxisbox

Vorkommen: bei Depressionen.

Ideenflucht

Im Gegensatz zur Denkhemmung ist hier der Gedankenablauf stark beschleunigt. Die Gedanken unterliegen keiner Kontrolle mehr. Das Denken ist sprunghaft, flüchtig und dauernd unterbrochen. Es werden ohne Unterlass neue Einfälle und Ideen vorgebracht. Häufig sind diese in einer lockeren Wortassoziation an vorher Gesagtes geknüpft. Beliebige Worte werden aufgeschnappt und sofort zu einem neuen Gedankengang verarbeitet. Das Denken wird oberflächlich und wechselt ständig sein Ziel.

Praxisbox

Vorkommen: bei Manie, Schizophrenie, Drogenintoxikation (Halluzinogene, Amphetamine, Kokain).

Gedankensperre/Gedankenabreißen

Hier kommt es zu einer plötzlichen Unterbrechung des Gedankenganges, ohne eine erkennbare Ursache. Der zunächst flüssige Gedankengang wird, mitten im Satz, unterbrochen. Den Betroffenen ist dieser Gedankenabriss in der Regel bewusst und wird als sehr quälend empfunden. Häufig wird er wahnhaft umgedeutet. Den Patienten werden die Gedanken von außen entzogen. Man spricht dann von einem »Gedankenentzug«.

Praxisbox

Vorkommen: bei Schizophrenie.

Zerfahrenes Denken

Das Denken ist zusammenhangslos und sprunghaft. Die Gedanken haben häufig keinerlei Verbindung mehr miteinander. Die Sprache des Patienten ist zerrissen. Es kann zu einem regelrechten Wortsalat und Wortneubildungen (**Neologismen**) kommen.

Praxisbox

Vorkommen: bei Schizophrenie.

15.5.2 Inhaltliche Denkstörungen

Definition

Hiermit ist eine pathologische Veränderung der Denkinhalte gemeint. Die Patienten beschäftigen sich mit Gedanken und Vorstellungen, die unrichtig, nicht realitätsbezogen und für Außenstehende nicht nachvollziehbar sind. Inhaltliche Denkstörungen beeinträchtigen sowohl den Patienten selber, als auch sein gesamtes Umfeld.

Überwertige Idee

Hierbei handelt es sich um einen Gedanken, eine Vorstellung oder einer Idee, die das gesamte Denken des Betroffenen beherrscht. Das können politische, religiöse oder weltanschauliche Vorstellungen sein, die mit sehr starken Affekten in Verbindung stehen. Im Gegensatz zum Wahn sind die Gedanken psychologisch ableitbar und verstehbar. Sie stellen jedoch für den Betroffenen eine (zumeist nicht bewusst erlebte) Beeinträchtigung dar.

Zwangsgedanken

Es kommt zu Gedanken oder Handlungsimpulsen, die der Betroffene selber als unsinnig oder quälend empfindet, jedoch nicht unterdrücken kann. Sie werden, im Gegensatz zum Wahn, nicht als von außen gemacht sondern von innen aus dem eigenen Denken heraus entstehend erlebt.

Praxisbox

Vorkommen von überwertigen Ideen und Zwangsgedanken: bei Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Schizophrenie, affektiven Störungen.

Wahn

Der Wahn ist das wahrscheinlich komplexeste Phänomen seelischer Störungen und gehört mit zum schwierigsten, was Diagnose, Betreuer-Patient-Verhältnis und damit Therapie und Pflege anbelangt. Kennzeichnend für eine Wahn ist:

- die Unangemessenheit der Wahninhalte bezüglich der eigenen Person und Situation,
- die unkorrigierbare Überzeugung, die unbeeinflussbar durch Erfahrung ist,
- die absolute Gewissheit, obgleich niemand den Inhalt teilt,
- die Doppelgleisigkeit der Lebensweise bei oft gleichzeitig realitätsgerechtem Verhalten.

Man unterscheidet verschiedene Formen des Wahnerlebens:

- *Wahnstimmung.* Hierbei handelt es sich um ein unbestimmtes Gefühl der Bedrohung. Alles wirkt unheimlich, bedrohlich, sonderbar, »es liegt etwas in der Luft«. Der Kranke reagiert darauf mit Angst, Argwohn, Misstrauen, Verunsicherung, Ratlosigkeit. Es können aber auch Gefühle der Gehobenheit oder Beseligung auftauchen.
- *Wahneinfall.* Hierbei handelt es sich um eine plötzlich auftauchende wahnhafte Überzeugung. Die Patienten berichten über eine Eingebung oder Erleuchtung.
- *Wahnwahrnehmung.* Die realen Wahrnehmungen aus alltäglichen Vorkommnissen erhalten eine andere, neue, der Wahnstimmung und den Wahninhalten entsprechende Bedeutung. Bemerkungen, Gesten und Gespräche erhalten plötzlich eine spezifische Bedeutung. Sie werden vom Patienten als Zeichen, Hinweis, Warnung oder Aufforderung gedeutet.
- *Wahnarbeit.* Der Wahn wird durch weitere Wahnsymptome bewiesen, begründet, abgeleitet oder ausgestaltet.
- *Wahnerinnerungen.* Die Vergangenheit wird rückwirkend wahnhaft umgedeutet.
- *Wahnsystem.* Aus der Wahnarbeit heraus gestaltet der Patient den systematischen Ausbau eines regelrechten Wahnsystems.

Häufige Wahnthemen sind:

- *Beziehungswahn.* Belanglose Ereignisse werden auf die eigene Person bezogen. Alles, was um den Kranken herum geschieht, erhält eine besondere Beutung.
- *Verfolgungswahn.* Der Kranke fühlt sich durch Personen, Wesen oder fremde Mächte bedroht und verfolgt. Selbst belanglose Ereignisse können eine Bedrohung darstellen.
- *Beeinträchtigungswahn.* Der Kranke ist davon überzeugt, von außen in seinem Fühlen, Denken und Handeln negativ beeinflusst zu werden. Der Beeinträchtigungswahn stellt sozusagen die Erklärung für die Störung der Ich-Struktur dar.
- *Größenwahn.* Der Kranke misst seiner gesellschaftlichen Bedeutung, seinen Fähigkeiten und Leistungen eine Größe bei, die nicht der Realität entspricht. Er kann der festen Überzeugung sein, eine ungeheuere Macht oder Reichtum zu besitzen. Ebenso kann er sich für Gott halten, John Lennon oder z. B. den wiedergeborenen Rex Gildo.
- *Verarmungswahn.* Der Kranke ist davon überzeugt, materiell ruiniert zu sein. Er glaubt, nichts mehr zu besitzen.
- *Schuldwahn.* Der Patient glaubt, große Schuld auf sich geladen zu haben. So kann er davon überzeugt sein, Kriege werden geführt, weil er sich falsch verhalten habe.

Praxisbox

Vorkommen: bei Schizophrenie, Depressionen, hirnorganischen Erkrankungen, isolierten Wahnerkrankungen.

15.6 Erkennen von Ängsten und Zwängen

15.6.1 Ängste

Definition

Angst ist die Bezeichnung für Erregungszustände, die auf die Erwartung von physischer oder psychischer Bedrohung zurückgehen. Als Warnsystem ist sie lebensnotwendig und veranlasst das Lebewesen zur Flucht oder zum Angriff.

Angststörungen unterscheiden sich von der »physiologischen« Angst dadurch, dass sie ohne erkennbaren Anlass oder weit übersteigert auftritt und Lebensführung wie Lebensfreude beeinträchtigt. Man unterscheidet verschiedene Erscheinungsformen.

Phobien

Die Ängste beziehen sich auf bestimmte Situationen oder Objekte:

- Platzangst oder Ängste in sozialen Situationen,
- Angst vor Tieren (z. B. Spinnen- oder Katzen),
- Höhenangst,
- Angst, sich in engen Räumen aufzuhalten (Klaustrophobie),
- Herzangst.

Generalisierte Angststörung

Eine chronische, unrealistische und übermäßige Angst und Sorge in Bezug auf verschiedene Situationen und Dinge. Die Betroffenen sind ruhelos, fühlen sich permanent angespannt. Es herrschen eine leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit. Man spricht von einer generalisierten Angststörung, wenn die Symptome innerhalb von 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftreten und bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen des Lebens hervorrufen.

Panikattacken

Die Angstsymptome treten anfallsartig auf und können sich bis zur Todesangst steigern. Die Panik steht in der Regel in keinerlei Bezug zu bestimmten Personen, Objekten oder Situationen. Die Symptome wirken auch auf die Umgebung übermächtig und lösen dort oft ähnliche Reaktionen aus.

Hypochondrie

Die Hypochondrie bezeichnet einen Zustand zwanghafter Beachtung des eigenen Gesundheitszustandes, begleitet von heftigen Ängsten vor Krankheiten.

15.6.2 Zwänge

Zwangsstörungen stehen den Angststörungen sehr nahe. Der Betroffene muss bestimmte Handlungen immer wieder durchführen oder bestimmte Gedanken immer wieder denken, um seine Angst zu bewältigen. Gelegentlich haben Ängste und Zwänge ihre Ursache in anderen Erkrankungen oder auch in schwerwiegenden belastenden Erlebnissen. Häufig treten sie aber auch als eigenständige Störung auf. Die Zwänge werden als quälend oder sinnlos erlebt, ohne dass der Betroffene ihnen ausweichen kann.

Da jeder Mensch bestimmten Alltagszwängen unterworfen ist, spricht man dann von einer »Störung«, wenn das zwanghafte Verhalten von dem sonst üblichen Verhalten so sehr abweicht, dass es den Betroffenen in seinem alltäglichen Leben behindert und einengt.

Praxisbox

Vorkommen von Ängsten und Zwängen: u. a. bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Depressionen.

15.7 Erkennen von Störungen des Ich-Erlebens

Definition

Das Ich bezeichnet ein angenommenes »Innerstes«, den Kern oder die Struktur der Persönlichkeit und bedeutet, dass die psychischen Vorgänge als Eigenes erlebt werden. Man spricht von einem Ich-Bewusstsein.

Dieses »ich bin« bedeutet, dass »ich« lebendig, einheitlich und zusammenhängend in »meiner« Beschaffenheit bin, mich von anderen Wesen und Dingen abgrenzen und unterscheiden kann, dass ich mich als eigenständiges Wesen erlebe und mein Er-

kennen und Einordnen der Dinge um mich herum sowie mein Handeln selber bestimmen kann.

Bei Ich-Störungen geht dass Bewusstsein von mir selber verloren. Das Erleben der Ichhaftigkeit und die Abgrenzung zwischen dem Selbst und der Umwelt gelingt nicht mehr. Ich-Störungen werden von den Betroffenen als außerordentlich quälend empfunden. Sie sind für Außenstehende und Betroffene unbegreifbar und schwer zu fassen. Sehr viele psychische Beeinträchtigungen können eine Folge der Ich-Störungen sein. Die Fremdheit und Unfassbarkeit löst Angst und Depression aus, Selbst- und Fremdaggressivität, Wahnzustände jeglicher Form, Verwirrtheit, Absonderlichkeiten im Denken, Sprechen und Handeln.

Ich-Störungen treten in unterschiedlicher Erscheinungsform auf.

Derealisationserleben

Die Umgebung erscheint dem Patienten plötzlich verändert. Sie ist unwirklich, fremdartig und unvertraut. Die Betroffenen klagen, »es ist als bewege man sich durch einen Traum«. Das Derealisationserleben wird als sehr quälend und angstmachend empfunden.

Depersonalisation

Es besteht eine tiefe Verunsicherung über die Ich-Identität. Das Selbst oder Teile des eigenen Körpers erscheinen dem Betroffenen verändert, unwirklich, fremd, oder werden als nicht mehr dazugehörend empfunden. Bei den Betroffenen löst dies sehr häufig Angst aus. Manchmal führt die Ich-Identitätsverunsicherung zu skurrilen Reaktionen, wie z. B. Selbstbeschwörungen. Je nach Grunderkrankung kann es auch zu wahnhaften Erklärungen des Problems kommen.

Praxisbox

Vorkommen von Derealisations- und Depersonalisationserleben: hauptsächlich bei Neurosen, Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie und wahnhaften Erkrankungen, affektiven Störungen.

Störungen der Ich-Aktivität

Der Betroffene erlebt sich selber in allem gebremst, zäh und stockend. Wie in einem Alptraum erscheint alles erschwert und verzögert. Die Patienten wirken verlangsamt und schwerfällig. Manchmal auch manieriert oder bizarr. Es kommt zu sonderbaren Bewegungen oder Grimassen, mit dem Hintergrund, die Blockaden zu durchbrechen. Das Sprechen ist abgehackt oder sprunghaft. Der extremste Ausdruck dieser Störung zeigt sich in Form eines Stupors oder des Mutismus, d. h. einer völligen seelischen, geistigen und körperlichen Blockade.

Störungen der Ich-Grenzen

Der Kranke kann nicht erkennen, wo er selbst aufhört und seine Umwelt anfängt. Er fühlt sich sozu-

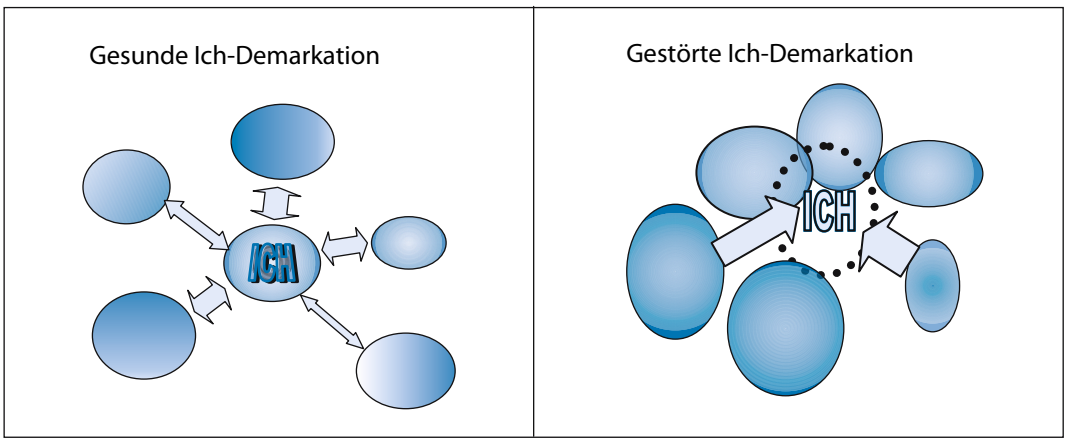


Abb. 15.2. Störung der Ich-Grenzen

sagen körperlos. Das Außen kann nicht mehr vom Innen unterschieden werden. Die Ich-Grenzen lösen sich auf und der Betroffene ist seiner Umwelt schutzlos ausgeliefert. Alles dringt ein ohne dass er sich davor abschirmen kann. Folge dieser Störung ist häufig die Vorstellung der Gedankenausbreitung. Die Patienten haben den Eindruck, dass sich die eigenen Gedanken überall hin verbreiten und andere diese lesen können. Zugleich kann der unkontrollierte Austausch auch wechselseitig sein. Fremde Gedanken, Impulse und Stimmungen können eingegeben werden. Hinzu kommen Handlungsanweisungen bis hin zu Suizidaufträgen. Der Kranke reagiert darauf häufig mit merkwürdigem, sonderbarem Verhalten. Nach außen hin erscheint er bizarr und befremdend.

Synonyme dafür sind »Gedankenausbreitung«, »Gedankenlautwerdung« und »Gedankeneingebung«.

Störungen der Ich-Struktur

Das Ich in seinem Zusammenhang löst sich auf. Wie ein Puzzlespiel zerfällt es in seine einzelnen Teile. Der Kranke fühlt sich zerrissen, gespalten oder zersplittert. Er ist nur noch »eine Wolke aus kleinen Teilen, zerstreut in alle Winde«. Wahrnehmungen, Gefühle, Stimmung und Gedanken passen nicht mehr zusammen. Es drohen widersprüchlichste Gefühlsregungen und absurd erscheinende Reaktionen. Das Chaos tobt nicht nur im Patienten, der Kranke »ist Chaos«.

Die Störungen der Ich-Struktur bezeichnen das, was in dem Wort »schizo-phren« enthalten ist. Sie entsprechen am ehesten dem, was man allgemein unter »Spaltungs-Irresein« versteht.

Störungen der Ich-Vitalität

Im Unterschied zum Gefühl der Fremdheit sich selber gegenüber, geht hier das Empfinden für die eigene Lebendigkeit verloren. Der Kranke spürt, dass ihm das Leben entgleitet, dass er untergeht und stirbt. Oder er ist der Überzeugung, bereits tot und verwest zu sein.

Praxisbox

Vorkommen von Störungen der Ich-Aktivität, Ich-Grenzen, Ich-Struktur und Ich-Vitalität: hauptsächlich bei Schizophrenie, wahnhaften Erkrankungen und affektiven Störungen.

15.8 Erkennen von Affektstörungen

Definition

Affektivität bedeutet die Gesamtheit der Gefühlsregungen, Stimmungen und des Selbstwertgefühls eines Menschen. Eine Unterscheidung kann man treffen zwischen der *Grundstimmung*, einer länger anhaltenden, das gesamte Erleben tönende Stimmung, und den *Affekten*, einem zeitlich begrenzten, mehr oder weniger spannungsreichen, aus Einzelgefühlen zusammengesetzten Zustand.

Eine Reihe von psychischen Erkrankungen führen zu Veränderungen in der Stimmung. Von einer Störung spricht man, wenn es zu einer Beeinträchtigung des Erlebens und des damit verbundenen Denkens und Handelns kommt. Im Unterschied zu den Gefühlen eines gesunden Menschen, erscheinen die des Betroffenen oft unangemessen und nicht der Situation entsprechend.

Depressivität

Gedrückte, pessimistische, hoffnungslose und niedergeschlagene Stimmungslage. Dazu kommen häufig Antriebsminderung, Angst, Selbsttötungsneigung und ein vermindertes Selbstwertgefühl. In seiner stärksten Ausprägung kommt es zu einem Gefühl der inneren Leere, einem Gefühl der »Gefühllosigkeit«.

Euphorie

Unangemessene, extrem heitere Stimmung mit Sorglosigkeit, Optimismus, subjektivem Wohlbefinden und übersteigertem Selbstwertgefühl.

Dysphorie

Ein durch Angst, Depression und Unruhe geprägter Zustand der Niedergeschlagenheit. Die Stimmung

ist gereizt, freudlos und bedrückt. Die Patienten wirken griesgrämig und motzig.

Apathie
Beschreibt die Abwesenheit von Gefühlen, mangelnder Aktivität und Ansprechbarkeit. Die Patienten erscheinen vollkommen teilnahmslos.

Gereizte Stimmung
Auf kleine und kleinste Zurücksetzungen oder Fehlschläge wird mit stärkerer Verstimmung, Freudlosigkeit und mühsam beherrschter Wut reagiert. Bei bestimmten Krankheitsbildern, wie z. B. der Manie, kann sich die Gereiztheit bis zu rasender Wut und Tobsucht steigern.

Affektlabilität
Die Gefühle und Gefühlsäußerungen wechseln rasch. Auffallend sind überschießende Stimmungswechsel in schneller Folge. Bereits bei kleinen Anlässen wechselt der Patient von einem Extrem ins andere. Man spricht auch von einer Vergrößerung der affektiven Ablenkbarkeit. Meistens haben die Affekte nur eine kurze Dauer.

Affektinkontinenz
Im Unterschied zur Affektlabilität reichen hier noch geringfügigere Reize, um überschießende Affekte hervorzurufen. Der Patient ist kaum dazu in der Lage, seine Gefühlsäußerungen zu steuern. Bei geringsten Anlässen zur Freude oder zur Trauer ist mit einem extremen Maß an Gefühlsäußerung zu rechnen. Es entstehen sehr schnell intensive emotionale Reaktionen, die eine übermäßige Stärke haben und nicht beherrscht werden können. Die emotionalen Äußerungen klingen meist rasch wieder ab.

Affektverflachung
Es besteht eine mangelnde Ansprechbarkeit der Gefühle. Der Betroffene verliert die Fähigkeit der **Empathie**. Es kommt zu einer Verringerung der emotionalen Schwingungsfähigkeit. Gefühlsäußerungen lassen sich nur schwer auslösen. Im Extremfall wirken Betroffene nach außen teilnahmslos und gefühlsleer. Bei bestimmten Krankheitsbildern, wie z. B. der hebephrenen Verlausform der Schizophrenie, kommt es zu einer läppischen Färbung der Verflachung.

Affektsperre
Ein Fortfall von Affektäußerungen trotz starker affektiver Spannungen. Den Betroffenen fehlt die Möglichkeit, ihre Gefühle mitzuteilen. Die vorhandenen Gefühle lassen sich nicht an Mimik, Gesichtsausdruck, Gestik ablesen. Die Menschen wirken undurchsichtig.

Parathymie
Die Gefühlsäußerungen entsprechen nicht den Gedankeninhalten oder der jeweiligen Situation. Die Patienten scheinen Mimik, Gestik und Sprache nicht dem eigentlichen Gefühl anpassen zu können. So kann eine traurige Nachricht nach außen als Belustigung wirken.

Gefühlsverarmung
Ein Verlust von affektiver Schwingungsfähigkeit. Die Patienten sprechen von einem Absterben der Gefühle, bis hin zu einem Gefühl der »Gefühllosigkeit«. Die Patienten haben das Gefühl, nichts mehr zu empfinden. Es herrscht ein qualvolles Gefühl von innerer Leere.

Ambivalenz
Das gleichzeitige Bestehen zweier entgegengesetzter Gefühle. Obschon diese Gefühle nicht miteinander vereinbar erscheinen, so sind sie doch gleichwertig vorhanden. Die Ambivalenz bezieht sich auf das Fühlen, Denken und Wollen. So können zwei entgegengesetzte Ansichten zeitgleich geäußert werden. Es kann für dieselbe Person zu gleicher Zeit Hass und Liebe empfunden werden.

Praxisbox

Vorkommen: Affektstörungen erscheinen bei affektiven und schizophrenen Psychosen, organischen Hirnerkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, neurotischen Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Suchterkrankungen und beim Gebrauch psychotroper Substanzen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Benennen Sie die Grade quantitativer Bewusstseinsstörungen! ▶ Kap. 15.1.1
- Was sind die wichtigsten Orientierungsstörungen? ▶ Kap. 15.2
- Definieren Sie die Begriffe Aufmerksamkeit und Konzentration! ▶ Kap. 15.3
- Was unterscheidet quantitative von qualitativen Gedächtnisstörungen? ▶ Kap. 15.4
- Nennen Sie die wichtigsten Arten formaler Denkstörungen! ▶ Kap. 15.5.1
- Was versteht man unter einem Wahn? ▶ Kap. 15.5.2
- Wie unterscheidet sich eine Phobie von einer generalisierten Angststörung? ▶ Kap. 15.6.1
- Was sind Ich-Störungen? ▶ Kap. 15.7
- Nennen Sie die wichtigsten Affektstörungen! ▶ Kap. 15.8

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Zugriff: 20.5.2005) Affektive Erkrankungen, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf, http://www.awmf-online.de/

Haupt F, Jochheim KA, Remschmidt H (2002) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe. Thieme, Stuttgart

Faust V (Zugriff: 17.5.2005) Psychosoziale Gesundheit. Von Angst bis Zwang. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit. Prof. Dr. med. Volker Faust, Zentrum für Psychiatrie – Die Weissenau, Ravensburg, http://www.psychosoziale-gesundheit.net

Fröhlich WD (2000) Wörterbuch Psychologie. Deutscher Taschenbuchverlag, München

Saß H et al (2003) DSM-IV-TR. Hofgrefe, Göttingen

Stangl W (2005) Das Denken. http://www.arbeitsblaetter.stangl-taller.at/

16 Einteilungsmodelle psychischer Störungen

Ruth Ahrens (Kap. 16.3), Meik Friedrich (Kap. 16.2), Claudia Heinz (Kap. 16.1), Christoph Vauth (Kap. 16.2)

16.1 ICD 10 und DSM IV – 246

16.2 DRGs in der Psychiatrie – 247
16.2.1 Funktion und Entwicklung der DRGs – 247

16.3 Pflegediagnosen in der Psychiatrie – ein Ausblick – 249
16.3.1 Definitionen – 249
16.3.2 Grundsätzliches – 250
16.3.3 Kritische Auseinandersetzung – 250

Literatur – 251

In Kürze

In der psychiatrischen Diagnostik werden spezifische Klassifikationssysteme genutzt. Die Aufgabe dieser Systeme ist die Einteilung psychischer Störungsbilder. Die zurzeit bedeutendsten Klassifikationssysteme sind die ICD und das DSM.

Fallpauschalen finden in vielen Bereichen unseres Gesundheitssystems ihre Anwendung. Zur Vergütung stationärer psychiatrischer Leistung im Krankenhaus ist es erforderlich, die Patienten sowie die Erkrankungen genau zu bezeichnen. Mit Hilfe der ICD sowie weiterer Parameter werden die erbrachten Leistungen in Form der Diagnosis Related Groups (DRGs) vergütet. Dies erfordert weitere Bemühungen in Richtung Qualitätssicherung und vollständiger Dokumentation.

Pflegediagnosen sind eine strukturierte Möglichkeit, Pflegeprobleme zu benennen. In den USA, in Europa in der Schweiz und in Österreich wird bereits seit einigen Jahren mit Pflegediagnosen gearbeitet. Aufbauend auf der Arbeit von Marjory Gordon wurde 1973 in den USA die Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) gegründet. Pflegediagnosen stellen im Wesentlichen den zweiten Schritt im Pflegeprozess dar: die Benennung der Pflegeprobleme. Es wurden systematische Kategorien geschaffen, innerhalb deren Pflegediagnosen gestellt werden (menschliche Reaktionsmuster), auch Taxonomie genannt. Durch die vereinheitlichten Benennungen der Pflegediagnosentitel wurde eine Sprache für Pflegeprobleme entwickelt, die dazu dienen kann, Pflegephänomene klarer zu fassen und die darüber hinaus auch in der elektronischen Datenverarbeitung benutzt werden kann. Dadurch lässt sich Pflege einheitlicher beschreiben und kann strukturierter unterrichtet und dokumentiert werden.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- Einblick in die beiden wichtigsten Klassifikationssysteme
- Konzeption der Diagnosis Related Groups
- Anwendung der DRGs bei psychischen Störungen
- Einblick in die Verwendung von Pflegediagnosen im Pflegeprozess
- allgemeine Kenntnisse über Grundlagen von Pflegediagnosen
- Wissen über Vorteile der Arbeit mit Pflegediagnosen sowie über die Punkte, die auch kritisch zu reflektieren sind

16.1 ICD 10 und DSM IV

Die ICD ist die Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases) und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Das DSM ist das Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ist 1980 erstmals erschienen. Verfasser ist die amerikanische psychiatrische Vereinigung.

In der Psychiatrie und Psychotherapie werden psychische Störungen durch psychopathologische Symptome, zeitliche Charakteristika und den Verlauf beschrieben. Bei den Symptomen handelt es sich um Störungen im Bereich des Bewusstseins, Empfindens und Wahrnehmens, des Gedächtnisses, des Denkens, der Intelligenz und des Fühlens und Wollens. Die Klassifikationssysteme geben diagnostische Kriterien (Ein- und Ausschlusskriterien) vor. Für eine spezifische Diagnose sind eine bestimmte Anzahl von Symptomen und eine typische zeitliche Dimension erforderlich. Eine Zwangsstörung muss wenigstens 2 Wochen lang bestehen und es müssen an den meisten Tagen Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen nachweisbar sein.

Sowohl in der ICD 10 als auch im DSM IV werden Krankheitsbilder beschreibend erfasst, die ätiologischen (ursächlichen) Bedingungen werden in der Regel nicht berücksichtigt.

Wenn mehr als eine psychische Störung vorliegt, sprechen wir von Komorbidität. Ein Patient kann gleichzeitig eine Alkoholabhängigkeit und eine Schizophrenie haben.

Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, die ICD 10, liegt in der 10. Revision vor und beschreibt körperliche und psychische Störungsbilder und Krankheiten. Im Kapitel V (F) werden die psychischen Störungen klassifiziert. Im

Sinne der leichteren Nutzbarkeit werden Störungen entsprechend einer Hauptthematik zusammengefasst. Die ICD 10 beschreibt die wesentlichen klinischen Symptome und formuliert für die einzelnen Störungsbilder diagnostische Leitlinien, die zur Stellung einer sicheren Diagnose erforderlich sind.

Diagnostische Hauptgruppen der ICD 10:

- F0: organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,
- F1: psychische und Verhaltenstörungen durch psychotrope Substanzen,
- F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen,
- F3: affektive Störungen,
- F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,
- F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren,
- F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,
- F7: Intelligenzminderung,
- F8: Entwicklungsstörungen,
- F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
- F99: nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Das von der American Psychiatric Association 1994 herausgegebene Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM IV) ist die 4. Version eines der bekanntesten Klassifikationssysteme für psychische Störungen weltweit. Genau wie in der ICD 10 werden die psychischen Störungsbilder in Hauptgruppen eingeteilt.

Diagnostische Hauptgruppen im DSM IV:

- Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden,
- Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen,
- psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, nicht anderenorts klassifiziert,
- Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen,
- Schizophrenie und andere psychotische Störungen,
- affektive Störungen,
- Angststörungen,
- somatoforme Störungen,
- vorgetäuschte Störungen,
- dissoziative Störungen,
- sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen,
- Essstörungen,
- Schlafstörungen,
- Störung der Impulskontrolle, nicht anderenorts klassifiziert,
- Anpassungsstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen,
- andere klinisch relevante Probleme,
- zusätzliche Codierungen.

16.2 DRGs in der Psychiatrie

16.2.1 Funktion und Entwicklung der DRGs

Klassifikation und Vergütung

Diagnoseorientierte Fallpauschalensysteme finden als »Diagnosis Related Groups« (**DRGs**) seit dem Jahr 2002 ihre Verwendung in der deutschen Krankenhauslandschaft. Kernelemente sind die Klassifizierung und Vergütung von stationären Behandlungsfällen. DRGs gehen zurück auf eine Entwicklung der Yale-Universität der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts, als ein Instrument zur Definition von klinischen Produkten und zur Auswertung von deren Inanspruchnahme gesucht und entwickelt wurde. Daneben sollte das neue Instrument mehr Transparenz in die Qualitätssicherung bringen, auf alle Krankenhausfälle anwendbar sein, auf Standarddaten basieren, eine überschaubare Gesamtzahl an Gruppen produzieren und medizinisch sinnvoll sowie ökonomisch homogen im Ressourcenverbrauch sein.

Fallpauschalensysteme, wie die Diagnosis Related Groups (DRG), orientieren sich an der Hauptdiagnose eines Patienten und dienen der Klassifikation und Vergütung von Behandlungsfällen.

Heute definieren sich DRG-Systeme als ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssysteme, welche die Behandlungsfälle in Krankenhäusern in einer beschränkten Anzahl klinisch definierter und kos-

tenhomogener Gruppen abbilden. Jeder Fall wird genau einer Gruppe, der sog. DRG, zugeordnet. Die Zuordnung richtet sich primär nach der Hauptdiagnose, die zu einer Major Diagnostic Category (**MDC**) führt. In der Grundform existieren 23 MDCs, die sich im weitesten Sinne an der behandelten Körperregion bzw. Behandlungsart orientieren. Als Hauptdiagnose wird die Diagnose bezeichnet, die sich bei Entlassung des Patienten als wichtigster Grund für die stationäre Behandlung des Patienten erwiesen hat.

Die Zuordnung eines Behandlungsfalls in die jeweilige Fallgruppe orientiert sich im Wesentlichen an der vom Arzt als entscheidend für den Krankenhausaufenthalt ausgewählten Hauptdiagnose. Der Patient wird zunächst der zugehörigen Hauptdiagnosegruppe zugeordnet. Innerhalb der Major Diagnostic Categories wird dann zwischen chirurgischen und medizinischen Eingriffen unterschieden. Bei chirurgischen Eingriffen wird der Behandlungsfall durch eine geeignete Systematik (z. B. OPS-Kennziffern) sowie durch die Unterscheidung nach Komplikationen und **Komorbiditäten** in die zugehörige DRG geschlüsselt. Bei rein medizinischen Behandlungen wird die DRG ebenfalls anhand einer eigenen Systematik (z. B. ICD-Kennziffern) sowie möglichen Komplikationen und Komorbiditäten ausgewählt. Komplikationen und Komorbiditäten definieren den Schweregrad.

Die Grundkonzeption eines DRG-Systems sieht vor, dass die Einteilung innerhalb der einzelnen DRG-Fallgruppen sowohl medizinisch als auch ökonomisch ausgewogen sein soll. Ökonomisch homogen sind die Fallgruppen genau dann, wenn nur Patienten mit gleichem oder zumindest sehr ähnlichem Behandlungsaufwand in einer Gruppe zusammengefasst werden. Die medizinische Homogenität liegt dann vor, wenn nur Patienten in einer Gruppe zusammengefasst werden, die im Krankenhaus ein unter medizinischen Gesichtspunkten ähnliches Leistungsgeschehen auslösen. Aus ökonomischer Sicht könnten somit wenige Fallgruppen ausreichend sein, während aus medizinischer Sicht eine hinreichend große Differenzierung erforderlich wäre. Daneben ist auch auf die Begrenzung der Fallgruppen zu achten, damit die einzelnen Fallgruppen deutliche Unterschiede hinsichtlich des Behandlungsablaufes sowie der verursachten Kosten aufweisen. In Deutschland geht der Trend hin zu einer ausreichenden Differenzierung der DRGs, was bedeutet, dass deutlich über 800 einzelne Fallgruppen unterschieden werden.

Der Erlös bzw. die Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung eines Patienten richtet sich primär nach der Höhe des **Relativgewichtes**, des ökonomischen Schweregrades des Falles.

Erlös = Basisfallwert in € x Relativgewicht der DRG

Mit diesem Erlös werden sämtliche Kosten aus der Behandlung, Unterkunft und Pflege des Patienten pauschal abgegolten. Somit besteht für das Krankenhaus der Anreiz, innerhalb kürzester Zeit den Patienten gesund bzw. stabil zu entlassen. Im Falle einer notwendigen Rückeinweisung des Patienten aufgrund zu frühen Entlassens muss das Krankenhaus die Behandlung in der Regel kostenfrei weiterführen. Um nochmalige Einweisungen zu verhindern, sind die internen Prozesse so zu optimieren, dass im Rahmen eines Qualitätsmanagements der Patient die optimale Versorgung mit dem Ziel der zügigen Gesundung erfährt. Kosten und gleichzeitig die Qualität der Leistungserbringung werden in Zukunft noch stärker Hand in Hand gehen.

Psychische Störungen im DRG-System

Die Behandlung psychischer Störungen zeichnet sich oft durch eine große Anzahl, teils prospektiv nicht erkennbarer Faktoren aus, sodass chronische Verläufe mit langen Verweildauern entstehen können. Aus diesem Grund werden in Deutschland lediglich akute Fälle in somatischen Einrichtungen, die dem Krankenhausfinanzierungsgesetz unterworfen sind, im Rahmen der DRGs abgegolten. Im Jahr 2005 bestehen sieben einzelne Fallgruppen (u. a. geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, multimodale Schmerztherapie, Schizophrenie, wahnhafte und akut psychotische Störungen sowie schwere affektive Störungen). Die Unterschiedlichkeit der Krankheitsverläufe führt jedoch generell zu Problemen bei der Bildung homogener Gruppen und macht eine sinnvolle Klassifizierung sehr schwierig.

Neben der bereits skizzierten medizinisch sinnvollen Gruppierung auf Basis der Hauptdiagnose ergeben sich weitere Einflussfaktoren aus Neben-

diagnosen, Prozeduren und anderen Patientendaten. Die statistischen Parameter Varianz und Variationskoeffizient werden üblicherweise zur Einschätzung herangezogen. Bis jetzt können nur wenig statistisch signifikante Beziehungen zwischen psychiatrischen DRGs auf der einen Seite und Verweildauern, Ressourcenverbrauch bzw. Kosten auf der anderen Seite ermittelt werden. Der Erklärungsgehalt bisheriger Modelle, die auch den chronischen Bereich einbeziehen, ist als gering einzuschätzen.

Eine Ausweitung der einzuziehenden Variablen würde den erklärten Anteil der Varianz und des Variationskoeffizienten erhöhen. Eine solche Ausweitung der Einflussfaktoren würde jedoch zeitnah und ökonomisch nicht zu erfassen sein. Die Einbeziehung der Art des Krankenhauses erscheint jedoch als eine geeignete zusätzliche Variable, da das definierte Therapieziel mit der Wahl der Krankenhausart in Zusammenhang steht. Die im Vergleich zu medizinischen und chirurgischen DRGs geringere Verbindung zwischen Krankheit und Kosten wird durch die geringere Standardisierung der Therapieverfahren und die fehlende Möglichkeit, diese Verfahren differenziert als Prozeduren abzubilden, verursacht. Die angesprochene Definition der Therapieziele beeinflusst den Ressourcenverbrauch, denn es macht einen Unterschied, eine kurzzeitige Krisenintervention zu betreiben oder langfristige Therapieziele zu verfolgen. Eine Vereinheitlichung der Therapiestrategien würde die Klassifizierung vereinfachen.

Ungarn und Österreich als Beispiel

Grundsätzlich könnte der Ressourcenverbrauch ausreichend abgebildet werden, wenn ein DRG-System den Bedürfnissen entsprechend modifiziert wird. Die Beispiele in Ungarn und Österreich verdeutlichen dies. In beiden Ländern wurden schon vor Jahren pauschalierte Vergütungssysteme eingesetzt, die mit einer an der Verweildauer orientierten Mischfinanzierung durchaus Erfolg versprechend sind. Ein DRG-basiertes System würde die Psychiatrie in Deutschland stärker mit der Akutmedizin verbinden und der Gefahr entgegenwirken, dass die Psychiatrie in die Ecke der chronischen Medizin gedrängt wird. Die oben angesprochenen Modelle verbinden DRGs im Akutbereich mit tagesgleichen Pflegesätzen für den chronischen Bereich. Ein solches Modell mit gesonderter Finanzierung beim Überschreiten von Grenzverweildauern könnte auch in Deutschland die Versorgung, insbesondere chronisch erkrankter Patienten, verbessern. Darüber hinaus gilt es, Therapien in einem solchen System im Sinne von Prozeduren einzubinden. Allem voran muss jedoch eine sorgfältige Erhebung der Kosten stehen, um die Relativgewichte und Verweildauern zu ermitteln.

Qualitätssicherung

Soweit die DRGs bereits ihre Anwendung im Krankenhaus finden, ist dem Bereich der Qualitätssicherung und der Dokumentation eine besondere Bedeutung beizumessen. Eine im Rahmen von Clinical Pathways im Vorhinein definierte Behandlungsstrategie hilft, festgelegte medizinische Zielgrößen ohne Ressourcenverschwendung zu erreichen. Im Rahmen der Pflegedokumentation sind sämtliche Behandlungsschritte, Medikationen und Prozeduren zu dokumentieren und den jeweiligen Gesundheitszustand des Patienten zu verzeichnen. Nur so ist es möglich, effektiv und auch effizient den Patienten durch den Behandlungsalltag im Krankenhaus zu führen und die kostendeckende Vergütung zu erzielen.

16.3 Pflegediagnosen in der Psychiatrie – ein Ausblick

16.3.1 Definitionen

Definition

Die ANA (American Nurses Association) definierte 1980 Pflege wie folgt: »Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme« (zit. nach Doenges, Moorhouse u. Geissler-Murr, 2002, S. 13).

Damit wird darauf aufmerksam gemacht, dass Pflegephänomene, denen sich die Pflegenden widmen, von ihnen selbst beschrieben, benannt und behandelt werden.

Für den Begriff der Pflegediagnose wurde die folgende Arbeitsdefinition gegeben:

Definition

»Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung über die Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen zur Erreichung von Ergebnissen, für die Pflegende verantwortlich sind« (Doenges, Moorhouse u. Geissler-Murr, 2002, S. 21).

Im Gegensatz dazu stellt die medizinische Diagnose die Erkennung und Benennung der Krankheit oder Störung dar, für deren Behandlung der Arzt die Verantwortung hat. Pflegediagnosen beschreiben somit die Stellung der Pflege im interdisziplinären Kontext.

16.3.2 Grundsätzliches

Im Zuge der anhaltenden Professionalisierung ist es sinnvoll, Pflegephänomene nicht wie früher üblich als »Pflege bei bestimmten Krankheitsbildern« zu beschreiben. Darüber würden sich eine Reihe von Pflegeleistungen, wie z. B. Beratungstätigkeiten zur Gesundheitsvorsorge, nicht abbilden lassen. Pflegediagnosen als Gesamtheit beschreiben das Fachgebiet der Pflege, dies ist nicht nur für die Forschung nach effektiven Pflegemaßnahmen wichtig, sondern auch für die Berufsentwicklung insgesamt. Weltweit am meisten verbreitet sind die NANDA-Pflegediagnosen. Anders als die ATL-Modelle sind die Pflegediagnosen der NANDA in menschliche (Verhaltens-)Reaktionen oder Verhaltensmuster eingeteilt. Dies sind:

1. Austauschen,
2. Kommunizieren,
3. In-Beziehung-treten,
4. Wertschätzen,
5. Wählen,
6. Sich bewegen,
7. Wahrnehmen,
8. Wissen,
9. Fühlen.

Die Verhaltensmuster sind auch in der Psychiatriepflege grundsätzlich verwendbar. Townsend beispielsweise (1998) bearbeitet die NANDA-Diagnosen sehr ausführlich und fügt die ihr sinnvoll erscheinenden Pflegemaßnahmen bei. Insgesamt ist hier zu sehen, dass Pflegediagnosen eine sprachlich-formale Frage der Pflege zu erfassen versuchen, es geht um die Entwicklung eines Instrumentes, dass Pflege sprachlich verbessert mitgeteilt werden kann.

Dieses Instrument bringt nicht automatisch eine inhaltliche Verbesserung der Pflege mit sich.

Pflegediagnosen sind nicht sehr stark an medizinischen Kategorien orientiert. Sie erfassen vielmehr stark subjektive Merkmale des Erlebens von Patienten und beschreiben die Probleme, die Patienten zu uns führen. Dies kann die Pflegeplanung dahingehend verbessern, dass die Probleme, die ein Patient hat, systematisch erfasst werden. Darum wird eine Pflegediagnose im PES-Format gestellt (**P**roblem – **E**influssfaktoren – **S**ymptome und Kennzeichen).

Vorteile bei der Arbeit mit Pflegediagnosen sind, dass es leicht erlernbar ist, mit ihnen zu arbeiten. Sie strukturieren das eigene Pflegedenken durch das vorgegebene Gerüst, lassen andererseits auch die freie Formulierung von Pflegeproblemen noch zu. Sie geben sowohl für den innerprofessionellen wie den interdisziplinären Dialog eine einheitliche Sprache vor, und machen es dadurch möglich, einheitlich zu planen und zu dokumentieren, sowie mittels EDV erfasst zu werden. Die Evaluation von Pflegeergebnissen wird vereinfacht.

16.3.3 Kritische Auseinandersetzung

Die Arbeit mit Pflegediagnosen birgt einige Aspekte, über die Klarheit herrschen muss. Weil sie detailliert und strukturiert sind, können sie einerseits die psychosozialen Probleme besser benennen, andererseits bergen sie auch die Gefahr, Patienten mit Etiketten zu versehen (z. B. »unwirksames Coping«, »defensives Coping« oder »unwirksames Rollenverhalten«). Diese Gefahr besteht grundsätzlich auch bei der freien Formulierung von Pflegeproblemen, fällt jedoch bei den Pflegediagnosen stärker ins Gewicht.

Die NANDA-Pflegediagnosen wurden nicht für den deutschsprachigen Raum entwickelt, sie müssen

daher stets übersetzt und an deutschsprachige Gegebenheiten angepasst werden. Es wurde bisher nicht beschrieben, inwieweit sie DRG-kompatibel sind, bzw. bei den pflegerelevanten (medizinischen) Nebendiagnosen Verwendung finden können.

Pflegediagnosen sind durch die Orientierung an Verhaltensmustern geeignet, innerhalb eines pflegetheoretischen Denkens, welches sich an Interaktionstheorien orientiert, eingesetzt zu werden. Doch wird diese Verortung ebenso wie die Ansiedlung innerhalb von Bedürfnismodellen ein Konstrukt sein, weil die grundsätzlichen Auffassungen darüber, was Menschsein, Krankheit, Gesundheit und Pflege ausmachen, differieren. So sind auch die Pflegediagnosen weitgehend defizitorientiert, also zur Beschreibung von Ressourcen weitgehend ungeeignet. Obwohl die Diagnosen mit großem Aufwand und Mühe entwickelt werden, sind sie bisher nur wenig evaluiert und wissenschaftlich abgesichert. Es werden auch weiterhin neue Pflegediagnosen in die Liste aufgenommen, der Prozess ist nicht abgeschlossen.

ICNP und ICF

Es sind darüber hinaus weitere Taxonomiesysteme entwickelt worden, wie die ICNP (International Classification for Nursing Practice = Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis), die vom ICN (International Council of Nurses = Weltpflegeverband) u. a. mit dem Ziel entwickelt wurden, die Gesundheitspolitik damit voranzubringen. Diese sind unterteilt in eine Pflegeinterventionsklassifikation (NIC = Nursing Interventions Classification) und die Pflegeergebnisklassifikation (NOC = Nursing Outcome Classification).

Von der Weltgesundheitsbehörde WHO wurden die ICF entwickelt (International Classification of Functioning, Disability and Health), mit dem Ziel eine einheitliche Beschreibung von Gesundheit und Gesundheitszuständen für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen sowie die betroffenen Menschen selbst zu schaffen. Sie erfassen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren.

Diese weiteren Taxonomiesysteme schaffen Vielfalt und Komplexität beim Benennen von Gesundheitsproblemen, sie basieren auf unterschiedlichen Verständnisebenen von dem, was Gesundheit und Krankheit ist. Welches System sich innerhalb der psychiatrischen Pflege durchsetzen wird, ist noch offen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Auf welche Daten ist bezüglich der Fallpauschalenvergütung in der Patientendokumentation besonders zu achten? ▶ Kap. 16.2
- Vor welchem zentralen Problem stehen Krankenhäuser, die nach dem DRG-System abrechnen, bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen? ▶ Kap. 16.2
- Wie kann Pflegediagnose definiert werden? ▶ Kap. 16.3.1
- Was sind die Vorteile bei der Arbeit mit Pflegediagnosen? ▶ Kap. 16.3.2
- Welche Gefahren bestehen bei der Verwendung von Pflegediagnosen? ▶ Kap. 16.3.3

Literatur

Casas M, Wiley M (1993) Diagnosis Related Groups in Europe, Springer, Berlin Heidelberg New York

Doenges M, Moorhouse M, Geissler-Murr A (2002) Pflegediagnosen und Maßnahmen. Hans Huber, Bern

Fischer W (2002) Diagnosis related groups (DRGs) und Pflege: Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Hans Huber, Bern.

Gordon M (2001) Handbuch Pflegediagnosen. Urban & Fischer, München

Gordon M, Bartholomeyczik S (2001) Pflegediagnosen. Urban & Fischer, München

International Council of Nurses (1999) ICNP® Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Hans Huber, Bern

Kim M, McFarland M, McLane A (1999) Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Ullstein Medical, Wiesbaden

Neubauer G, Nowy R (2000) Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für operative und konservative Krankenhausleistungen in Deutschland, Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, München

Robbers C (2000) Übertragbarkeit internationaler Bewertungsrelationen zur Vergütung von Krankenhausleistungen. Eul, Lohmar

Paulitsch K (2004) Praxis der ICD-10-Diagnostik. facultas, Wien

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen

Stefan H, Allmer F, Eberl J (2003) Praxis der Pflegediagnosen. Springer, Wien

Townsend M (1998) Psychiatrische Pflegediagnosen und Maßnahmen. Hans Huber, Bern

Weltgesundheitsorganisation (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Hans Huber, Bern

World Health Organisation (2001) International classification of functioning, disability and health: ICF. WHO, Genf

Spezielle psychiatrische Krankheitslehre: Pflege, Behandlung, Prävention

17 **Pflege bei organisch-psychischen Störungen – 255**
Christa Lehmann, Sibylle Linke

18 **Pflege bei Schizophrenie und wahnhaften Störungen – 263**
Katrin Nehring

19 **Pflege bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen – 271**
Katrin Hartung, Kerstin Müller

20 **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – 281**
Winfried Böhner, Martin Meyer

21 **Affektive Störungen – 289**
Winfried Böhner, Martin Meyer

22 **Pflege bei posttraumatischen Störungen – 297**
Ruth Ahrens

23 **Pflege bei Abhängigkeitserkrankungen – 309**
Rosemarie Heger

24 **Gerontopsychiatrie – 321**
R. Hellweg, Esther I. Strittmatter

25 **Kinder- und Jugendpsychiatrie – 337**
Günter Koch, Christoph Kussmaul, Wolf-Rüdiger Naussed

26 **Forensische Psychiatrie – 355**
Michael Hülsen

17 Pflege bei organisch-psychischen Störungen

Christa Lehmann, Sibylle Linke

17.1 Demenzielle Erkrankungen – 256
17.1.1 Einteilung, Formen und Schweregrade – 256
17.1.2 Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankung – 257
17.1.3 Betreuung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung – 260

17.2 Delir (Delirium) – 260
17.2.1 Arten des Delirs – 260
17.2.2 Symptome des Delirs – 261
17.2.3 Pflegerische Interventionen beim Delir – 261

Literatur – 262

In Kürze

Desorientierte bzw. demente Menschen sind äußertst kreativ auf der Suche nach ihrer verlorenen Identität, ihrem Selbstwert und ihrer Würde. Diese Suche geschieht nicht im Hier und Heute. Gerade das Hier und Heute verwehrt ihnen das »Verstandenwerden«. Diese alten, desorientierten Menschen kehren in ihre Vergangenheit zurück, um sich nicht einsam, bevormundet, dirigiert oder gefangen zu fühlen. Die Gegenwart wird sinnlos und oft als unerträglich empfunden. Wenn sich die »Orientierten« nicht bemühen in die Erlebniswelt der »Nicht-Orientierten« einzusteigen, wird ihnen eine erstaunliche Welt verschlossen bleiben. Um Stresssituationen auf beiden Seiten zu vermeiden, muss eine gemeinsame Kommunikationsebene gefunden werden. Das gegenseitige Nicht-verstehen kann schreckliche Konsequenzen haben: Aggression und Gewalt. Den dementen und auch deliranten Menschen scheint die personale, häusliche und soziale Kompetenz verloren gegangen zu sein.

Neben dem Finden des geeigneten Zugangsweges und speziellen pflegerischen Maßnahmen geht es in diesem Kapitel hauptsächlich darum, dem desorientierten Menschen das Gefühl von Akzeptanz und Sicherheit zu vermitteln und somit seine Identität und Würde zu bewahren.

Die Symptomatiken der Demenz und des Delirs sind ähnlich. Aufgrund dessen wurden die pflegerischen Interventionen nur einmal ausführlich behandelt.

Bezüglich **Ätiologie**, Pharmakotherapie und weiteren Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz und Delir wird auf das Kapitel Gerontopsychiatrie verwiesen.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- Formen, Symptome und Schweregrade von demenziellen Erkrankungen
- Grundsätzliches im Umgang mit an Demenz Erkrankten
- drei spezielle bedeutsame Betreuungskonzepte der Demenz (Validation, Biographiearbeit und Milieugestaltung)
- Arten und Symptome des Delirs
- pflegerische Interventionen der dreigleisigen Therapie beim Delir

17.1 Demenzielle Erkrankungen

Der Begriff Demenz leitet sich von dem lateinischen Wort »dementia« ab und bedeutet »Unsinn, Wahnsinn«. In der Hirnrinde sterben Hirnzellen ab, was eine Minderung der Hirnleistungsfähigkeit zur Folge hat. Der Begriff Demenz beschreibt einen langsam fortschreitenden Verlust geistiger Fähigkeiten, der weit über den normalen altersbedingten Abbau der Hirnleistungsfähigkeit hinaus geht und somit Krankheitswert erlangt. Die Krankheit hat gewöhnlich einen schleichenden Beginn und verläuft chronisch, progressiv und irreversibel.

Beeinträchtigt sind vor allem die Gedächtnisleistung und die Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen. Auch Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen, Desorientiertheit und Persönlichkeitsstörungen kommen hinzu.

Die drei menschlichen Grundbedürfnisse nach Abraham Maslows Bedürfnispyramide sollen besonders an dieser Stelle – der »Auflistung« der »Defizite« von an Demenz Erkrankten erwähnt werden. Diese Bedürfnisse hat jeder Mensch – unabhängig von Diagnosen!

- lieben und geliebt werden,
- nützlich und produktiv sein,
- Gefühle ausdrücken, angehört und verstanden werden.

17.1.1 Einteilung, Formen und Schweregrade

Es werden verschiedene Typen von Demenzen unterschieden, die sich ihrer Ursache entsprechend in »primäre« und »sekundäre« Demenzen einteilen lassen:

- Primäre Demenzen entstehen als eigenständige Krankheit des Gehirns.
- Sekundäre Demenzen sind Folgeerscheinungen anderer Erkrankungen, wie z. B. Vitaminmangelzustände, Alkoholmissbrauch, Herz-Kreislauferkrankungen oder Gehirnerkrankungen.

Die Alzheimer-Demenz ist mit ca. 60 % die häufigste Ursache aller Demenzen, danach folgt die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz mit ca. 20 % und dann mit ebenfalls 20 % die Mischformen der vaskulären Demenz und der Alzheimer-Demenz.

Es wird bei der Demenzerkrankung nach dem Ausmaß der Hirnleistungsstörung zwischen der leichten, mittelschweren und der schweren Demenzerkrankung unterschieden.

Leichte Demenz

Der Betroffene kann die demenzielle Erkrankung weitgehend kompensieren. Er lebt selbstständig und sein Urteilsvermögen ist intakt. Merkmale sind:

- verringerte Konzentration,
- beginnende Merk- und Gedächtnisschwäche,
- eingeschränkte Leistung bei der Bewältigung komplexer Aufgaben,
- gestörte Befindlichkeit,
- Reaktion auf Leistungseinbuße (ängstlich, unsicher, depressiv, aggressiv).

Mittelschwere Demenz

Der Betroffene kann die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht selbstständig und sorgfältig ausführen, d. h. eine eigenständige Lebensführung ist nur eingeschränkt möglich. Merkmale sind:

- gestörtes Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis,
- abnehmende Sprachfunktion,
- gestörtes Lesen, Schreiben und Rechnen,
- eingeschränkte Leistung bei der Bewältigung des Alltags.

Schwere Demenz

Eine kontinuierliche Aufsicht ist unerlässlich, um beispielsweise die persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten. Der demenzkranke Mensch ist nicht mehr in der Lage für sich selbst zu sorgen. Die Kommunikation ist sehr oder auch ganz eingeschränkt, d. h. eine sprachliche Kommunikation ist kaum noch möglich. Seine zeitliche und örtliche Orientierung ist stark eingeschränkt. Es kommt in vielen Fällen zur Inkontinenz.

17.1.2 Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Die Demenz bezieht sich auf ein vielschichtiges Muster von Symptomen, das auf eine Schädigung und Zerstörung von Nervenzellen zurückzuführen ist. Die Demenz begleitende Störungen und Symptome sind:

- Depression,
- Wahnvorstellungen,
- Angst,
- Schlafstörungen,
- Bewegungsstörungen,
- Inkontinenz,
- Obstipation,
- auffälliges Sexualverhalten,
- Schmerzen,
- epileptische Anfälle,
- Sehstörungen,
- Schwerhörigkeit,
- Sprachstörungen,
- Essstörungen.

Grundsätze im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen:

- **Der Mensch wird angenommen und erfährt Wertschätzung!**
- **Die Persönlichkeit des Erkrankten wird geachtet!**
- **Äußerungen des Betroffenen werden nicht angezweifelt oder berichtigt!**
- **Reaktionen werden nicht belächelt!**
- **Dem Erkrankten wird bei allen anleitenden Tätigkeiten Zeit geben!**
- **Der Erkrankte wird ermutigt, gelobt und es werden ihm Erfolgserlebnisse verschafft!**

Interventionen sind:

- Gründe für Zunahme der Verwirrtheit herausfinden (mögliche Gründe: Flüssigkeitsmangel, Obstipation, Fehlen von vertrauten Gegenständen oder Bezugspersonen, Überforderung, Hektik, Schmerz, Angst usw.),
- nonverbale Kommunikation aufbauen, durch Blickkontakt, liebevolle Berührung, sanfte Stimme,
- Überforderung (z. B. lange Gespräche, große Veranstaltungen) vermeiden,

- Orientierungshilfen geben, z. B. durch Erkennungssymbole, wiederkehrende Abläufe, vertraute Gegenstände,
- an Demenz erkrankte Menschen müssen vor Personen geschützt werden, die kein Verständnis für deren Verhaltensweisen haben,
- Tagesstrukturierung und Einzelbeschäftigung und auch Beschäftigung in der Gruppe müssen individuell auf den Erkrankten abgestimmt werden (▶ Kap. 17.1.3),
- personenzentrierter ganzheitlicher Umgang.

Aspekte, die wichtig sind:

- Wissen über Biographie und Lebensstil der Person mit Demenz: *Biographiearbeit*,
- demenzgerechter Gesprächsstil: *Validation*,
- angemessene Umweltbedingungen: *Milieutherapie*.

Die Bedeutung der Biographiearbeit

Jeder Mensch hat eine einzigartige Lebensgeschichte. Dieser individuell gegangene Weg und Erfahrungen haben den dementen Menschen geprägt und bestimmen nun weiterhin sein Verhalten, seine Gewohnheiten, Vorlieben und Empfindlichkeiten. Das Wissen um die Lebensgeschichte hilft, zu verstehen. Bedürfnissignale können »entschlüsselt« und vorhandene Fähigkeiten bewusst gefördert und möglichst lange erhalten werden. Die »letzten Erinnerungen« werden durch das Reden über das »individuelle Leben« bewahrt. Dies verleiht dem Erkrankten Sicherheit und stärkt das Selbstvertrauen.

Wirkliches Interesse und Offenheit seitens der Pflegekraft für der Biographie des dementen Menschen spürt dieser und schafft Vertrauen. Durch das Befragen der Angehörigen können wichtige Informationen eingeholt und durch Fotoalben, Schriftstücke usw. verstärkt genutzt werden. Diese Informationen betreffen z. B.:

- Familie,
- Werdegang,
- spezielle Fähigkeiten,
- Schicksalsschläge,
- Charakter,
- Marotten,
- Gewohnheiten.

Diese Informationen haben eine hohe Bedeutung für das Finden der »passenden«

- Kommunikation – z. B. Worte und Ausdrucksweisen verwenden, die zur Biographie passen,
- Orientierungshilfen – z. B. zur Biographie passende Stützen,
- und basalen Stimulation – z. B. biographienahe Materialien zur Beschäftigung anbieten.

Die Informationen erleichtern auch das Verstehen und Einschätzen von schwierigen Pflegesituationen. Unkontrollierte Gefühlsausbrüche stellen oft die letzte Möglichkeit für den dementen Menschen dar, sich gegen ungewollte Fremdbestimmung zu wehren – eine ungewohnte Situation macht Angst und wird bedrohlich erlebt. Biographiearbeit kann dazu beitragen, Ungewohntes zu Gewohntem zu machen und das Gefühl von Selbstbestimmung aufrecht zu erhalten.

Der ganzheitlich biographische Ansatz in der Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz ist von äußerster Wichtigkeit und sollte in Pflegeplanungen und Beschäftigungs- und Tagesstrukturierungskonzepten unbedingte Beachtung finden. Die Umsetzung trägt zum Wohlbefinden des Erkrankten bei, gibt ihm das Gefühl etwas wert zu sein, etwas tun zu können und das Gefühl der Hoffnung und des Urvertrauens.

Jede Person mit Demenz kann:

- ihren eigenen Willen behaupten,
- Gefühle ausdrücken,
- soziale Kontakte aufnehmen,
- Zuneigung zeigen,
- humorvoll sein,
- sich selbst ausdrücken und kreativ sein,
- sich selbst achten,
- Bedürfnisse anderer wahrnehmen.

Die Bedeutung der Validation

Definition

Validation (Wertschätzen): Die wörtliche Bedeutung ist: stark oder robust (widerstandsfähig) machen.

Dieser Begriff hat eine lange Geschichte in der psychotherapeutischen Arbeit. Es ist eine Technik, die

besonders durch Naomi Feil berühmt gemacht wurde und dem dementen Menschen hilft, seine Würde wiederzugewinnen. Validation bedeutet das Wertschätzen und Erfassen von menschlichen Situationen, die in den Augen von »normalen« Menschen als verrückt und widersinnig erfahren werden. Die aktuelle Gefühlslage, wie Angst, Trauer und Zorn werden respektiert. Das schafft Vertrauen und gibt dem Erkrankten ein sicheres Gefühl.

Ich ändere meine Grundhaltung und begebe mich in seine Welt, *ich* formuliere Fragen an ihn *einfach* sowie *verständlich* und wiederhole das Gesagte. Ebenso lasse *ich* Erinnerungen zu. Validation ist das Bestreben, an Demenz erkrankten Personen in ihren persönlichen Denkprozessen größtmögliche Unterstützung zukommen zu lassen. Durch Berührungen, Streicheln oder einem Annehmen seiner Bewegungen äußere *ich* ebenfalls die Wertschätzung des Dementen.

Validation heißt, die Person mit Demenz in seiner Realität zu besuchen. Dies drückt große Empathie aus und erfordert seitens der Pflegeperson hohe Konzentration. Validation ist keine Therapiemethode, wir heilen nicht – es ist zu spät. Es ist eine Kommunikationsmethode und gleichzeitig eine Grundhaltung gegenüber desorientierten Alten.

Kasuistik

Eine Bewohnerin sitzt am Tisch und wischt diesen mit einem Schuh. Im Sinne der Validation nehme ich der Bewohnerin den Schuh *nicht* aus der Hand, frage *nicht*, was sie dort tut und bewerte diese Aktion *nicht* – »Das tut man doch nicht!«

Stattdessen frage ich wertschätzend, »Haben Sie heute Putztag?« oder ich sage »Sie sind aber beschäftigt!« oder »Sie haben aber viel zu tun!«

Meine Realität (die der Pflegeperson), dass Schuhe nicht auf den Tisch gehören, ist eine andere, als die der dementen Bewohnerin – *Es gibt 2 Realitäten*. Was die Bewohnerin tut, macht für sie Sinn.

Die beschriebene Situation ist für die Bewohnerin oder andere Personen nicht gefährlich – Dieses Abwägen ist grundsätzlich nötig!

Ein dementer Mann läuft ausschließlich der Wand zugewandt den Stationsflur auf und ab. Dabei klatscht er mit den Händen die Wand ab, wirkt sehr beschäftigt und nimmt keine Hindernisse wahr. – Er war früher Maurer. Mit diesem Wissen (Biographiearbeit) »erkenne« ich die Situation und spreche mit dem Mann über seine »Arbeit«.

Eine Patientin möchte mitten in der Nacht, vollständig angezogen, die Station verlassen und nach Hause gehen. Sie müsse zu Hause sein, wenn die Kinder aus der Schule kommen, sagt sie. Ihre ehemals gelebte soziale Rolle berücksichtigend, frage ich sie z. B. nach der Anzahl der Kinder, welche Tätigkeiten zu tun sind und erkenne ihre Fürsorglichkeit an. Ich greife Schlüsselwörter auf, wiederhole diese und frage z. B.: »Ist es sehr schlimm, nicht mehr Mutter zu sein, für niemanden mehr zu sorgen?«

Praxisbox

Dass es Wege zum dementen Menschen gibt, dass sich selbst dort, wo vertraute Kommunikation an ihre Grenzen stößt, Brücken zu ihm schlagen lassen, zeigt das Video »Integrative Validation« nach Nicole Richard, erschienen im Vincenz-Verlag.

Die Bedeutung der Milieugestaltung

Die dementengerechte architektonisch-räumliche Umgebung erfüllt die Funktionen Schutz und Orientierung im Rahmen der Aktivierung. Das bauliche Milieu soll therapieunterstützend sein. Bei der Gestaltung des Wohnumfeldes soll die Erhaltung und Förderung der Kompetenzen und der Mobilität im Vordergrund stehen. Um die Orientierung zu erleichtern, soll eine übersichtliche, einfach zu erfassende Raum- und Gebäudestruktur geschaffen werden. In der Gestaltung der Räume sollte man Spiegelungen und Symmetrien oder Wiederholungen vermeiden, auch Verglasungen bis zum Boden,

verwirrende Muster oder krasse Farbunterschiede im Bodenbelag erzeugen Unsicherheiten. Markante Orte, wie Toilette oder Küche sollten spezifisch gestaltet werden. Große, farbige und klar verständliche Piktogramme an den Türen können recht hilfreich sein. Unbewusst wirkende Orientierungshilfen, z. B. Handläufe oder Lichtführungen, helfen dem Dementen, sich sicher fortzubewegen. Um eventuell »Katastrophenreaktionen« vorzubeugen bzw. um sie zu verringern, sollte eine stressarme, entspannende Umgebung geschaffen werden.

Der Demente hat einen erhöhten Bewegungsdrang, dieser dient dem Abführen von inneren Spannungen. Sichere »Wanderwege« und Rundläufe in denen sich *Ereignis* (Handlungsanreize durch Objekte, wie z. B. Tastwände) und *Ruhe* (Sitzecken in Nischen und z. B. an Aquarien) abwechseln, tragen dazu bei, dass der demente Mensch sich in einem freiheitlichen und gefährdungsarmen Bereich wohlfühlen kann.

Auch hier ist der biographische Ansatz in der Gestaltung der Umgebung des Dementen von hohem Wert für das Wohlbefinden des erkrankten Menschen (z. B. mit einer guten alten Stube in einem Seniorenheim).

17.1.3 Betreuung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung

Die individuellen psychologischen und emotionalen Bedürfnisse haben Vorrang vor der körperlichen Pflege. Im Vordergrund stehen das Schaffen einer Tagesstruktur im gemeinsamen Tätigsein (z. B. Körperhygiene), das Beobachten des Dementen und das Erkennen seiner inneren Realität, das Auffangen in seiner aktuellen Stimmung und das Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit. Aktivitäten sind bei der Schaffung von Tagesstrukturen von größter Bedeutung. Angebote sind handlungs- nicht ergebnisorientiert, wie:

- hauswirtschaftliche Tätigkeiten,
- Aromatherapie,
- Gedächtnistraining,
- Malen und Gestalten,
- Gymnastik mit Musik,
- Gesangsgruppen,
- handwerkliche Beschäftigung,
- Versorgung und Spiel von und mit Haustieren,
- Spiele.

Gleichmäßige, immer wiederkehrende Tagesstrukturen und Rituale (z. B. Glöckchen läutet zur Mahlzeit) nach dem Motto »gleiche Zeit, gleicher Ort« machen den Tag angenehm.

17.2 Delir (Delirium)

Das Delirium tritt meist akut auf und ist von relativ kurzer Dauer (Stunden bis wenige Wochen). Das Leitsymptom ist die Verwirrung – Aufmerksamkeit und Orientierung sind stets gestört. Das Bewusstsein ist oft beeinträchtigt und die Symptome sind stark wechselnd. Die gedanklichen Leistungen sind **inkohärent** (zusammenhanglos) und eingeengt. Zeitweise können Halluzinationen auftreten und der Schlaf-Wach-Rhythmus ist immer gestört. Das Delir verläuft fluktuierend, mit meist nächtlicher Verschlechterung. Eine »organische« Krankheit oder Intoxikation liegt immer zugrunde. Ein Delirium kann zusätzlich zur Demenz auftreten und die demente Symptomatik verstärken.

Das Delirium ist eine der meisten übersehenen Diagnosen in Praxis und Klinik.

17.2.1 Arten des Delirs

Die Arten des Delirs werden nach DSM IV anhand der Ätiologie unterschieden:

1. Delir aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (systemische Infektionen, Stoffwechselstörungen, unausgeglichener Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Leber- oder Nierenerkrankungen, **Enzephalopathie** und Schädel-Hirn-Traumen),
2. substanzinduziertes Delir (durch eine Toxinexposition oder durch die Einnahme eines Medikamentes, z. B. Antikonvulsiva, Neuroleptika, Anxiolytika, Antidepressiva, kardiovaskuläre Medikamente, Antineoplasmen und Hormone),
3. Substanzintoxikationsdelir (hohe Dosis an Cannabis, Kokain, Hallizunogenen, Alkohol, Anxiolytika oder Narkotika),

4. Substanzentzugsdelir,
5. Delir aufgrund multipler Ätiologien

17.2.2 Symptome

Alle Delirarten weisen die gleichen Symptome auf. Die Symptome sind denen der Demenz sehr ähnlich. Subjektive und objektive Symptomatik sind (Townsend, 2000, S. 163):

- veränderter Bewusstseinszustand, der von Überwachsamkeit bis zu **Stupor** und Halbkoma reicht,
- übermäßige Ablenkbarkeit mit Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit zu fokussieren,
- Desorientierung zu Zeit und Ort,
- Beeinträchtigung von logischem Denken und zielgerichtetem Verhalten,
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus,
- emotionale Instabilität, die sich durch Angst, Furcht, Depression, Reizbarkeit, Wut oder Apathie ausdrückt,
- Fehlwahrnehmung der Umgebung mit Illusionen und Halluzinationen,
- autonome Symptome, wie Tachykardie, Schwitzen, gerötetes Gesicht, erweiterte Pupillen sowie erhöhter Blutdruck,
- unzusammenhängendes Reden,
- Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses.

17.2.3 Pflegerische Interventionen beim Delir

Die Pflege ist aktiv an der dreigleisigen Therapie – besonders der Ursachenforschung und Betreuung von deliranten Patienten – jedoch auch an konkreten Maßnahmen gegen das Delir beteiligt.

Die wichtigste Frage, die gestellt werden sollte, ist die nach dem Auslöser des Delirs. Bezüglich der *Ursachenforschung* sind die Pflegekräfte u. a. für die Vitalzeichen-, Blutzucker-, Einfuhr- und Atemrhythmuskontrolle zuständig. Der evtl. Zusammenhang zwischen »Auffälligkeiten« beim Patienten und Medikamentenänderungen fällt auch in den Zuständigkeitsbereich der Pflegekräfte. Im Rahmen der Patientenbeobachtung ist der Schlaf von großer Bedeutung. Die Frage nach Schmerzen und einem Sturz könnte z. B. ein subdurales Hämatom erkennen helfen. Eine Blasenentleerungsstörung oder Obstipation kann durch eine Ausfuhrkontrolle erhoben werden.

Auslöser und »Verstärker« eines Delirs können auch psychosoziale Faktoren sein, wie z. B. der Umzug in ein Heim, Tod einer Person aus dem unmittelbaren Umfeld, alle Stressfaktoren (z. B. Besuchsstress) und wenn gewohnte Hilfsmittel (z. B. Brille, Gehhilfe) plötzlich fehlen. Diese »besonderen Anlässe« müssen auch pflegerisch betrachtet und berücksichtigt werden.

Im Gegensatz zur Demenz ist die Basis der *Betreuung* von deliranten Patienten die Konfrontation mit der Realität durch Betreuende und Angehörige. Der Verlust des Realitätsbezuges im Delirium erzeugt Angst. Eine konstante Bezugsperson bzw. Einzelbetreuung (evtl. Sitzwache) kann nicht nur Fehlhandlungen verhindern. Durch wiederholtes, einfühlsames, ruhiges, geduldiges Aufzeigen z. B. der örtlichen, zeitlichen, situativen und »persönlichen« Realität, kann die Angst gelindert werden. Die gewohnte Umgebung sollte ermöglicht werden – im stationären Rahmen könnte dies bedeuten, Veränderungen im Zimmer zu vermeiden oder ein bekanntes Bild/Foto aufzuhängen – Schaffung einer reizarmen, beschützten Umgebung. Eine gute Beleuchtung ist weiterhin hilfreich bei der Erleichterung der Reorientierung. Der Kontakt muss immer aufrecht erhalten werden – dabei sich dem Bewegungsdrang des Patienten, soweit möglich, anpassen. Um den Patienten nicht zu überfordern, keine offenen Fragen stellen und niemals fragen »Warum?«. Zwangsmaßnahmen (Fixierungen) nur im Notfall durchführen.

Konkrete pflegerische *Maßnahmen*, gegen das Delir werden je nach Ursache getroffen. Wichtige Ursachen können sein:

- Systemisch (meist ohne neurologische Ausfälle)
  - Exsikkose,
  - Fieber,
  - Medikamente,
  - Medikamentenentzug,
  - Hypoglykämie,
  - **Hypoxie**,
  - Elektrolytstörung,
  - Hypothyreose,
- Erkrankungen des ZNS.

Die Behandlung der auslösenden Faktoren stehen bei der Behandlung des Delirs an erster Stelle. Das Absetzten/Umsetzen delirogener Medikamente, die Behandlung der Grunderkrankung (z. B. Infektbehandlung) und die Beseitigung begünstigender Faktoren (Elektrolytstörung) fallen in den ärztlichen Aufgabenbereich – ebenso die pharmakologische Behandlung (häufig Antipsychotika).

Die Pflegenden informieren bei entsprechenden Beobachtungen den Arzt und führen die ärztliche Verordnung aus.

Pflegerische Maßnahmen, wenn die Ursache bekannt ist, sind z. B.:

- Flüssigkeitszufuhr/-bilanzierung,
- fiebersenkende Maßnahmen,
- Gabe von Traubenzucker,
- Prävention von Komlikationen (Vermeidung von Stürzen, Druckläsionen, Übersedierung und Verletzungen).

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Nennen und beschreiben Sie 3 bedeutsame Betreuungskonzepte aus der Arbeit mit dementen Menschen! ▶ Kap. 17.1.2
- Durch welche weiteren pflegerischen Interventionen kann ich, neben der »Grundhaltung«, meinen Respekt vor an Demenz erkrankten Patienten ausdrücken? ▶ Kap. 17.1.3
- Was steht bei der Therapie deliranter Patienten im Vordergrund und durch welche Maßnahmen ist die Pflege daran beteiligt? ▶ Kap. 17.2.3
- Wo unterscheidet sich die Betreuung von an Demenz Erkrankten und deliranten Patienten trotz ähnlicher Symptomatik? ▶ Kap. 17.2.3

Literatur

Dürrmann P (2001) Besondere stationäre Dementenbetreuung, Bd 1. Vincentz, Hannover

Dürrmann P (2005) Besondere stationäre Dementenbetreuung, Bd 2. Vincentz, Hannover

Feil N (2004) Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. Reinhardt, München

Hürny C, Schwenk B, Inglin D (2002) Vergesslich, verwirrt und verloren. In: Schweiz Med Forum 17, 24. April 2002: 395

Osborn C et al (1997) Erinnern. Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen. Lambertus, Freiburg iB

Saß H et al (1998) DSM-IV. Hogrefe, Göttingen

Townsend MC (2000) Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. 2. Aufl Hans Huber, Bern

18 Pflege bei Schizophrenie und wahnhaften Störungen

Katrin Nehring

18.1 Pflege bei Schizophrenie – 264
18.1.1 Grundsätzliches – 264
18.1.2 Mit Schizophrenie umgehen – 265

18.2 Pflege bei wahnhaften Störungen – 267
18.2.1 Grundsätzliches – 267
18.2.2 Mit wahnhaften Störungen umgehen – 267

Literatur – 269

In Kürze

In diesem Kapitel geht es um die Pflege von Menschen mit Schizophrenie und von Menschen mit wahnhaften Störungen. Von besonderem Interesse ist hierbei die schwierige Phase des Erkennens der Erkrankung und parallel dazu die Krankheitseinsicht des Patienten. Hier ist Geduld und Compliance ein wichtiges Thema. Die medikamentöse Behandlung ist in der Regel notwendig, die Prophylaxe ist wichtig, um den Menschen ein lebenswertes Leben zu ermöglichen.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels:

- haben Sie Einblick in die Problematik gewonnen, die Krankheiten anhand der Symptomatik zu erkennen
- können sie dem Patienten diese Problematik nahebringen, und ihn im Prozess der Krankheitseinsicht unterstützen
- haben Sie die verschiedenen Aspekte der speziellen Pflege kennengelernt
- sind Sie in der Lage, gemeinsam mit dem Patienten nach seinen gesunden Anteilen zu forschen

Vorbemerkung

Die Schizophrenie ist wohl die schillerndste aller psychischen Störungen. Sie kann so unterschiedlich verlaufen, dass sie schwer begreifbar erscheint. Sie kann leicht oder schwer, akut-dramatisch oder schleichend und für eher unbeteiligte Menschen kaum wahrnehmbar sein. Die Schizophrenie kann kurze Zeit andauern oder ein ganzes Leben bestehen. Sie kann in längeren oder in kürzeren Abständen wiederkehren, sie kann einmalig auftreten und dann ausheilen, kann aber ebenso zu Invalidität führen. Sie trifft sehr häufig Jugendliche am Beginn des Erwachsenwerdens und der beruflichen Entwicklung genauso wie Menschen, die mitten im Leben stehen oder sich an der Schwelle des Alters befinden (Finzen, 2003). Zu Beginn der Erkrankung fällt die eigene Ratlosigkeit – »Was ist eigentlich mit mir los? Ich verstehe mich selbst nicht mehr‹ – besonders auf. Dies führt häufig beim Betroffenen zu einem typischen Gefühl: »auch meine Umgebung kann mich nicht mehr verstehen«.

Die wahnhafte Störung entwickelt sich in der Regel unauffälliger und ist meist noch schwieriger zu begreifen. Aus scheinbar normalen Alltagssituationen entwickeln sich für den Menschen Inhalte, von denen er nicht mehr abzubringen ist. Er reagiert ärgerlich, wenn von anderen Versuche unternommen werden, die Realität zu überprüfen. Der Betroffene fühlt sich dann unverstanden, gar der Lüge verdächtigt und versucht, durch »Beweise«, möglichst durch Dritte, seine Glaubwürdigkeit zu untermauern. Der Erkrankte wird durch seinen Wahn dominiert. Er bringt sich mit diesem Verhalten in schwierige und auch ausweglose Situationen, wird arbeitsunfähig, gerät in offene Konflikte mit den Angehörigen. Dies kann bis hin zur Trennung führen, da die Angehörigen den Zustand nicht mehr ertagen können (Dörner u. Plog, 2002). Mitunter kommt es auch vor, dass sich ein enger Angehöriger völlig in die Erkrankung einbinden lässt, dann ist es oft nicht mehr zu erkennen, wer der eigentliche Kranke ist.

Bei diesen beiden Erkrankungen ist es wichtig, eine Kombination aus medikamentöser Therapie, Soziotherapie und Psychotherapie anzustreben. Jedoch ist es angezeigt, bei einem akuten schizophrenen Schub auf Psychotherapie zu verzichten und stattdessen auf eine intensive Betreuung im Sinne von »Dasein und Angst reduzieren« auszuweichen.

18.1 Pflege bei Schizophrenie

18.1.1 Grundsätzliches

Die Pflege bei schizophrenen Patienten ist bei Menschen, die erstmalig erkranken, sehr unterschiedlich zur Pflege von Patienten, die mit einem erneuten Krankheitsschub in die Klinik kommen. Der **Erstmanifestation** einer Schizophrenie gehen in der Regel Monate oder Jahre voraus, in denen der kranke Mensch zwar merkt, dass mit ihm etwas nicht stimmt, er aber nicht erklären kann, was es genau sein könnte. Bei jungen Menschen fallen ein Leistungsknick in der Schule, Rückzug von Freunden, leichte Irritierbarkeit und ungewöhnliche Handlungen auf. Bei erwachsenen Menschen können ebenfalls eine Abnahme der Leistungsfähigkeit, Rückzug

von Freunden, zunehmende Reizbarkeit und merkwürdiges Verhalten auffallen (Townsend, 1998).

Der kranke Mensch ist von diesen Ereignissen, die er innerlich und äußerlich erlebt, völlig verängstigt und verunsichert. Ein Klinkaufenthalt lässt seine schlimmsten Befürchtungen wahr werden. Das Gespräch mit dem Arzt, der eine Verdachtsdiagnose äußert, und das Angebot von Gruppenaktivitäten und Medikamenten führen oft zu einer völligen Abwehr. Der Patient fühlt sich häufig nicht verstanden, falsch eingeschätzt und ist verzweifelt darüber, sich nicht richtig mitteilen zu können. Dies liegt daran, dass er sich selbst nicht verstehen und diese Situation nicht realisieren kann. Gerade in dieser Phase braucht der Patient die Pflegenden. Geduld, Zeit und viel Information sind nötig, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und dem Patienten deutlich zu machen, dass die Pflegenden bereit sind, auf seine Ängste und Verunsicherungen einzugehen. In dieser Phase kommt es nicht selten zu einem Abbrechen der Therapie – das Angebot wiederzukommen, lässt dem kranken Menschen eine Tür offen und erweist sich sehr häufig als hilfreich (Dörner u. Plog, 2002).

Der Patient, der mit einem erneuten Krankheitsschub in die Klinik kommt, ist ebenfalls ängstlich und verunsichert, er weiß aber um seine Diagnose und ist gegenüber den Angeboten der Klinik weit weniger ablehnend. Dies bedeutet allerdings noch recht wenig bezüglich seiner **Compliance** im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme, da Krankheitseinsicht und die Einsicht in die Notwendigkeit von Behandlung und Prävention ein immer wieder schwieriges Thema sind (Dörner u. Plog, 2002).

Ein typischer Dialog könnte sein: »Mir geht es gut und ich brauche keine Tabletten einnehmen!« – »Deswegen, weil Sie Medikamente einnehmen, geht es Ihnen doch gut!« – »Nein, das stimmt nicht, sie machen mich müde, ohne sie würde es mir noch viel besser gehen!« (Podvoll, 1994)

18.1.2 Mit Schizophrenie umgehen

Das Erkennen der Krankheit

»Ich habe oft das Gefühl, dass die Kranken nicht erklären können und die Gesunden nicht verstehen« äußerte ein psychosekranker Arzt (Finzen, 2003). Dies ist ganz häufig das große Dilemma am Beginn dieser Erkrankung. Die vielschichtigen Erscheinungsformen macht sie auch für Erfahrene sehr schwer greifbar. Unerfahrene – das sind auch Menschen am Beginn ihres Leidens, Angehörige, Menschen aus dem Freundeskreis und Berufskollegen – stehen der Krankheit eher hilflos, ratlos oder zweifelnd gegenüber. Zudem bietet dieses hohe Maß an Unklarheit auch den Boden für Vorurteile und macht es gerade dem erstmalig Erkrankten sehr schwierig, die Diagnose »Schizophrenie« zu akzeptieren. Zumal der Betroffene selbst anfänglich das Gefühl hat »es wird ihm etwas eingeredet« (Finzen, 2003).

Diese Phase ist eine schwierige Zeit im stationären Rahmen. Die Patienten brauchen enorme Zuwendung, Zeit sich zu erklären und wollen Informationen von den Mitarbeitern. Die Ambivalenz zwischen stationärer Aufnahme und dem Wunsch, doch lieber wieder entlassen zu werden, ist für das Pflegepersonal und den Patienten gleichermaßen aufreibend. Hierbei gilt es aufzupassen und nicht um jeden Preis überzeugen zu wollen. Dies provoziert eher Abwehr und eine Verteidigungshaltung. Eine klare, verständnisvolle und zugewandte Aufmerksamkeit von Pflegeseite, das Bemühen der Pflegenden, die Ängste, Unsicherheiten und auch Verzweiflung des Patienten wahrzunehmen und zu akzeptieren, schaffen am ehesten eine Vertrauensbasis (Dörner u. Plog, 2002). Pflegende können Informationen über den Aufenthalt und mögliche Behandlungsformen deutlich machen, also ein Therapieangebot unterbreiten. Der Patient wird von sich aus Erklärungsmodelle für seinen aktuellen Zustand anbieten.

Kasuistik

Patient: »Ich bin nicht krank, die anderen wollen mir das einreden! Ich nehme keine Medikamente!«
Pflegeperson: »Allerdings sind Sie zu uns gekommen, weil Sie unsere Hilfe möchten, oder habe ich das falsch verstanden?«
Patient: »Nein, aber ich bin nicht krank! Ich fühle mich in letzter Zeit manchmal überfordert, z. B.
▼

mit dem Lernen, ich mag gerade nicht viel mit meinen Freunden machen. So was hat doch jeder mal oder nicht? Deswegen bin ich nicht gleich krank!«
Pflegeperson: »Um das genau sagen zu können, wäre es gut, wenn Sie eine Zeit lang auf der Station blieben. Wir könnten einige Gespräche führen, um gemeinsam mit Ihnen Klarheit zu gewinnen. Meinen Sie, dies könnte für Sie hilfreich sein?«
Patient: »Na ja, vielleicht, aber ich glaube ich sehe das anders. Ich will keine Medikamente aufgeschwatzt bekommen! Ich bin nicht psychisch krank! Ein paar Tage werde ich bleiben, aber nur, um mich ein bisschen von dem ganzen Stress zu erholen. Nichts weiter!!«
Pflegeperson: »Das ist sicher eine gute Entscheidung. Möglicherweise können Sie von unserem Angebot profitieren. An dieser Stelle möchte ich das Gespräch beenden, wir sehen uns später noch einmal.«

Es ist empfehlenswert in einem Dienst mehrere kürzere Gespräche als ein einzelnes einzuplanen, das sich über einen zu langen Zeitraum (1–1,5 Stunden) hinzieht.

Wichtig zu erkennen: »Viel hilft nicht viel!«, sondern kann eher schaden, weil Angebote und Möglichkeiten zerredet werden. Also gilt es hier ein gutes Maß zu finden.

Krankheitseinsicht – Compliance – Ambivalenz

Hier geht es um »verhandeln statt behandeln« (Finzen, 2003). Sehr schnell befinden sich Pflegende an diesem Punkt in einer Falle. Die Krankheitsuneinsichtigkeit wird erkennbar, sie ist häufiger Bestandteil schizophrener Symptomatik. Andererseits wird deutlich, dass die Compliance des Patienten, mit den Pflegenden an einem Behandlungsplan und damit an seiner Genesung zu arbeiten, eine Grundvoraussetzung für einen langfristig positiven Verlauf ist. Das gilt für den Bereich der Behandlung mit Medikamenten ebenso wie für den Bereich von Psychotherapie und Soziotherapie. Behandlung gegen den Willen ist ausnahmsweise im akut psychotischen Zustand möglich (Finzen, 2003).

»Fachleute« wissen nicht immer, was für den Kranken am besten ist. Selbst wenn sie es wissen, können sie ihm nur selten ersparen, seine eigenen Erfahrungen zu sammeln. Die Pharmakotherapie ist ein Punkt, der zur Verhandlung steht. Leicht geraten Pflegende hier in Übermut, weil sie um die Möglichkeit wissen, akute Symptome rasch zu beeinflussen. Dies vertreten sie dann mitunter mit allem Nachdruck. Sie übersehen dabei manchmal, dass die Erfahrung der Krankheitssymptome für den kranken Menschen wichtig ist. Nur so kann er verstehen, wieso er sich verändert fühlt und was eigentlich mit ihm los ist. Erlebt der Patient die Nebenwirkungen der Medikamente schlimmer als die Symptome der Erkrankung, kann die Chance zu einer konstruktiven Zusammenarbeit vergeben sein (Finzen, 2003).

Eine Mitbestimmung über Art und Dosierung der Medikamente kann die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung sein. Sie stärkt das Gefühl des Patienten, ernstgenommen zu werden und gleichberechtigter Partner zu sein. Dies fördert das Zutrauen des Betroffenen, für sich und seine Krankheit der »Experte« zu sein. Die Mitbestimmung entzieht der **Ambivalenz**, die bei schizophrenen Menschen nicht selten auftritt, zumindest teilweise den Boden.

Die Grundvoraussetzung für eine erfolgversprechende Therapie Psychosekranker ist: »Verhandeln statt behandeln oder erst verhandeln und dann behandeln« (Finzen, 2003).

Ressourcen mobilisieren und gesunde Anteile fördern

Dies ist sicher kein einfacher Punkt, da die bittere Erfahrung, dass die Schizophrenie mit dem Abklingen eines akuten Schubes nicht vorbei ist, zeitweise unerträglich erscheint und dass die Schizophrenie wahrscheinlich ein Leiden sein wird, mit dem zu leben man lernen muss (Finzen, 2003).

Wege, die Situation anzunehmen, sind die tagesklinische Behandlung, die Psychotherapie und Selbsthilfegruppen. Überall dort werden auf unterschiedliche Art und Weise Möglichkeiten eröffnet und erarbeitet, gut mit dieser Erkrankung zu leben. Wichtig ist es dabei, Belastungsfaktoren *individuell*

herauszufinden, um einen zu hohen Stresspegel zu vermeiden. Neue Ideen für eine veränderte Lebensplanung zu entwickeln (z. B. Berufstätigkeit, Familiensituation, Wohnsituation), ohne sich dabei minderwertig fühlen zu müssen, leisten einen wichtigen Beitrag, gesunde Anteile der jeweiligen Menschen zu fördern und zu unterstützen (Dörner u. Plog 2002).

Die Eigenverantwortung zu stärken, kann den kranken Menschen in die Lage versetzen, sich der Krankheit nicht völlig ausgeliefert zu fühlen und wieder handlungsfähig zu werden (Podvoll, 1994).

18.2 Pflege bei wahnhaften Störungen

18.2.1 Grundsätzliches

Bei den Betroffenen handelt es sich um erwachsene Menschen, häufig in der zweiten Lebenshälfte. Häufig werden sie von Angehörigen, Bekannten oder Arbeitskollegen gedrängt, in die Klinik zu gehen. Damit tut sich auch für die Pflegenden ein großes Problem auf. Der Betroffene kommt nicht freiwillig, sondern auf Druck seiner Mitmenschen. Dies ist kein guter Einstieg für eine erfolgreiche Therapie, allerdings auch kein Hinderungsgrund. Es ist viel Geduld, Zeit und Information erforderlich, um zum Patienten eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Manchmal ist der Leidensdruck des kranken Menschen so groß, dass er von sich aus in die Klinik kommt. Natürlich unter seiner Wahrnehmung: er fühlt sich nicht krank, sondern in irgendeiner Form bedroht und möchte dafür Hilfe und Unterstützung. Auch diese Situation erfordert viel Fingerspitzengefühl, um in eine für den Patienten wirklich hilfreiche Richtung zu führen. Die Aussage von Pflegenden, dass hier eine krankhafte psychische Störung vorliegen könnte, führt in der Regel zu massivem Widerstand, manchmal auch zu Aggression. Unlogisch erscheint oft die Bereitschaft, dennoch Medikamente einzunehmen. Die Einnahme wird vom Patienten mit anderen Begründungen belegt, die ihm »helfen«, nicht als psychisch krank angesehen zu werden (Townsend, 1998).

Tritt durch die medikamentöse Therapie eine erwünschte Wirkung ein, dann ist es häufig möglich mit dem Menschen über seine wahnhafte Störung zu reden.

18.2.2 Mit wahnhaften Störungen umgehen

Das Erkennen der Störung

Die wahnhafte Störung entwickelt sich häufig aus dem normalen Alltagsleben.

Kasuistik

»Der Nachbar, der mir Übles will, der sich dem genauen Rhythmus meines Lebens anpasst, weiß, wann ich zur Arbeit gehe, wann ich wiederkomme. Der in dem Raum Geräusche macht, in dem ich mich jeweils aufhalte, der genau weiß, in welchem Raum ich mich befinde. Der mir durch die Wohnung folgt, beinahe mit dem »Stethoskop auf der Erde liegt«, um zu erkennen wo ich mich befinde und was ich gerade mache. Schlafe ich, macht er Krach, damit ich wieder aufwache. Er leitet Gase durch die Decke in meine Wohnung. Gift lässt sich auf meiner Kleidung nieder und dringt in meinen Körper ein. Ich lasse mein Haus bewachen und versehe es mit Alarmanlagen, weil sich jemand dort zu schaffen macht, und mir Gift aufs Fensterbrett legt. Ich sehe Fußspuren unter dem Fenster, die mich bestätigen.« (Podvoll, 1994)

Es wird schon an diesem Beispiel deutlich, dass die Erkrankung das Leben des Menschen beeinträchtigt, verändert und für ihn erhebliche Probleme mit sich bringt. Extremes Misstrauen ist ein Leitsymptom der Störung. Die Unmöglichkeit aus dem Haus zu gehen, weil während meiner Abwesenheit womöglich noch schlimmere Dinge geschehen, die ich nicht kontrollieren kann. Oder der Nachbar »rächt sich an mir, wenn ich wieder nach Hause komme«. Einer Arbeit nachzugehen, wird zu einem riesigen Konflikt für den betroffenen Menschen. Überhaupt das Haus zu verlassen, kann zum Problem werden. Sind Angehörige mit involviert, wird es auch hier massive Kon-

flikte geben. Der Patient ist hin und her gerissen von den Gefühlen seiner Familie gegenüber und seinem als real erlebten Zustand, von dem er sich nicht lösen kann. Dies ist ein weiteres Symptom der wahnhaften Störung. Der kranke Mensch ist ganz und gar mit diesem Zustand verwoben, ohne eine Möglichkeit der Lösung. Das Gefühl, die anderen Menschen verstehen ihn nicht, halten ihn für »verrückt und psychisch krank«, bringt den Patienten zum einen in Wut und zum anderen kann es ihn in tiefe Verzweiflung stürzen, aus der er keinen Ausweg mehr sieht (Townsend, 1998).

Auch das Gefühl »ich bin Gott und habe alle Fäden in der Hand, Dinge geschehen, weil sie mir etwas sagen sollen. Ich lese ein Buch und bin verändert, weil dadurch etwas mit mir passiert ist« (Aussage eines Patienten mit einer wahnhaften Störung), weisen auf einen wahnhaften Zustand hin.

Starkes Misstrauen, eine bestimmte Situation nicht loslassen können und eine Abwehr dagegen, als »verrückt« zu gelten, sind die auffälligen Merkmale der wahnhaften Störung.

Krankheitseinsicht und Compliance

Der Patient sucht Hilfe in der Klinik, weil er von Angehörigen dazu gedrängt wird oder weil er sich selbst zu sehr bedroht fühlt. Beides ist für die Pflegenden keine einfache Ausgangssituation. Der kranke Mensch will vor allem klar machen, dass nicht er krank ist, sondern die anderen. An dieser Stelle hat wieder die Geduld ihren Platz, für den Versuch eine tragfähige Beziehung zum Patienten aufzubauen. Vorsichtig können Pflegende dann seine Problematik in Frage stellen und die Möglichkeit einer Überreaktion seitens des Patienten thematisieren. Im Verlauf sollte ihm deutlich gesagt werden, dass auch dies als krankhafte Störung angesehen wird. Mit Reaktionen, wie Enttäuschung, Ärger und Wut, ist zu rechnen. In dieser Situation kann es zu zwei unterschiedlichen »Antworten« kommen: entweder der Patient verlässt die Klinik oder er will beweisen, dass er im Recht und Pflegende und Ärzte im Unrecht sind und ist aus diesem Grunde bereit, Medikamente einzunehmen (»die ja sowieso nichts helfen, aber ihnen zuliebe, werde ich es versuchen«).

Wirken die Medikamente und es kommt zu einer Distanzierung von der Symptomatik, kann Krankheitseinsicht eine Folge sein und die Compliance ist vorhanden. Es kann aber auch zu einem »Übergehen« der Besserung kommen oder der Betroffene führt seine nachlassende Symptomatik auf veränderte Lebensumstände zurück, um ein Eingeständnis seines Irrtums zu vermeiden. Dies führt manchmal dazu, dass die Medikamente wieder abgesetzt werden und die ursprünglichen Beschwerden wieder auftreten (Dörner u. Plog, 2002).

Es sollte nicht darum gehen, dem Patienten sein wahnhaftes Erleben auszureden, allerdings sollte es auch nicht darum gehen, dies zu bestätigen.

Ressourcen mobilisieren und gesunde Anteile fördern

Es sollte eine tagesklinische Behandlung angestrebt werden, um sich allmählich wieder Alltagssituationen anzunähern. Ziel könnte es für den Patienten sein, die Arbeit wieder aufzunehmen, sich problemlos außerhalb der eigenen Wohnung aufzuhalten und Umzugswünsche aufzugeben, da sie ein Symptom der Erkrankung sind und nicht die Ursache des Problems. Kontakte zu Angehörigen sollten geklärt werden, vielleicht in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Pflegepersonal. Dem Patienten wird vermittelt, dass er eine Eigenverantwortung besitzt und der Krankheit nicht hilflos ausgeliefert ist, also Handlungsmöglichkeit besitzt. Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten sollte ausreichend thematisiert werden, um die Wichtigkeit deutlich zu machen. Die Soziotherapie ist gerade hier ein realitätsfördernder Faktor. Der Patient kann sich in diesem Rahmen nicht so gut »verstecken« oder zurückziehen, da Mitpatienten ihn mit seinem Verhalten oder seinen Äußerungen konfrontieren (Dörner u. Plog, 2002).

Soviel Klinik wie nötig, soviel soziales Training wie möglich!

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Welches sind die Leitsymptome der Schizophrenie bzw. der wahnhaften Störungen? ► Kap. 18.1.1, Kap. 18.1.2, Kap. 18.2.2
- An welchen Punkten gleichen sich die Krankheitsbilder? An welchen Punkten unterscheiden sie sich? ► Kap. 18.1.1, Kap. 18.2.1, Kap. 18.2.2

- Was ist bei der Schizophrenie bzw. wahnhaften Störung vom Pflegepersonal unbedingt zu beachten? Was sollte vermieden werden? ▶ Kap. 18.1.1, Kap. 18.1.2, Kap. 18.2.1, Kap. 18.2.2
- Wieso ist es so wichtig, die Ressourcen des Patienten zu entdecken und seine gesunden Anteile zu fördern? ▶ Kap. 18.1.2, Kap. 18.2.2

Literatur

Dörner K, Plog U (2002) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrieverlag, Bonn

Finzen A (2003) Schizophrenie – Die Krankheit verstehen. Psychiatrieverlag, Bonn

Podvoll EM (1994) Verlockung des Wahnsinns – Therapeutische Wege aus entrückten Welten. Heinrich Hugendubel, München

Townsend MC (1998) Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Hans Huber, Bern

19 Pflege bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

Katrin Hartung, Kerstin Müller

19.1 Angststörungen und Phobien – 272
19.1.1 Definition und Klassifikation – 272
19.1.2 Ätiologie – 273
19.1.3 Pflegerisches Vorgehen – 274

19.2 Zwangsstörungen – 274
19.2.1 Definition und Klassifikation – 274
19.2.2 Ätiologie – 275
19.2.3 Pflegerisches Vorgehen – 275

19.3 Belastungs- und Anpassungsstörungen – 276
19.3.1 Definition und Klassifikation – 276
19.3.2 Ätiologie – 277
19.3.3 Pflegerisches Vorgehen – 277

19.4 Weitere neurotische Störungen – 278
19.4.1 Definition und Klassifikation – 278
19.4.2 Ätiologie – 278
19.4.3 Pflegerisches Vorgehen – 279

Literatur – 279

In Kürze

Neurotische, Belastungs- und somatoforme **Störungen** sind besonders durch das Symptom Angst gekennzeichnet. Aber auch Zwangsgedanken und -handlungen, depressive Verstimmungen sowie körperliche **Symptome** können auftreten. Diese Erkrankungen und Ihre Symptome sind für die Betroffenen meist sehr quälend und gleichzeitig oft für außenstehende Personen schwer nachvollziehbar. Daher erfordert der Umgang mit an diesen **Störungen** erkrankten Menschen ein besonders hohes Maß an Einfühlung und Verständnis.

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Formen beschrieben, in denen diese Krankheitsbilder auftreten können. Des Weiteren werden Vorstellungen über die Entstehung (Ätiologie) von den unterschiedlichen Fachdisziplinen erläutert, da diese Erklärungen hilfreich für das Krankheitsverständnis sind und ein systematisches Vorgehen innerhalb eines **therapeutischen Teams** ermöglichen.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- Kenntnisse über Formen, Herkunft und Behandlungsansätze von Angststörungen und Phobien, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen und weitere neurotische und somatoforme Störungen
- eine Vorstellung von den spezifischen Schwierigkeiten im Alltag der an diesen Störungen erkrankten Personen
- Hilfen für einen adäquaten Umgang mit den Betroffenen kennen gelernt
- Ideen über die Einbindung der Pflege in das therapeutische Team erworben

19.1 Angststörungen und Phobien

Grundsätzlich ist Angst eine biologisch im Menschen verankerte Reaktion auf Gefahr und Bedrohungen. Sie hilft uns, gefährliche Situationen zu erkennen, um Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Das Gefühl der Angst ist uns allen bekannt. Es ist eine normale Reaktion des Organismus auf potenziell gefährliche Situationen.

Angst kann jedoch, wie im Folgenden beschrieben, auch **Krankheitswert** erlangen. Dann leiden die Betroffenen unter den Ängsten selbst sowie unter dem Gefühl der Unkontrollierbarkeit ihrer Befürchtungen. Sigmund Freud prägte für diese Symptomatik den Begriff »Angstneurose«.

Bei vielen psychiatrischen Erkrankungen tritt Angst als Symptom auf, hier jedoch wollen wir uns mit den Angststörungen als Einzeldiagnosen beschäftigen. Es werden im folgenden Abschnitt zunächst 5 unterschiedliche Angststörungen und Phobien mit Erklärungen und Definitionen unterschieden. Abhängig vom Modell der Betrachtung ist dann der Umgang und die Behandlung mit den an diesen Störungen erkrankten Menschen.

19.1.1 Definition und Klassifikation

Panikstörungen

Menschen, die an Panikstörungen leiden, erleben wiederkehrende Attacken intensivster Angst. Diese taucht plötzlich und unerwartet auf, und zwar in objektiv ungefährlichen Situationen. Sie wird begleitet von massiven körperlichen Symptomen, die für den Betroffenen subjektiv lebensbedrohlichen Charakter haben können, wie z. B. Herzrasen, Atemnot, Schwindel, Zittern, Schwitzen, Taubheitsgefühle, Todesangst oder Magen-Darm-Beschwerden.

Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung ist eine anhaltende, verallgemeinerte Angst, die nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt ist, sondern sich auf eine Reihe von unterschiedlichen Ereignissen bezieht, d. h. sie ist »frei flottierend«. Ein weiteres Symptom dieser Erkrankung ist die übertriebene Sorge, die die Betroffenen dauerhaft quält.

»Generalisiert« drückt aus, dass diese Form der Angststörung durch übertriebene, eigentlich unrealistische, andauernde Besorgnisse, Ängste und Befürchtungen in Bezug auf vielfältige Aspekte des Lebens charakterisiert ist.

Agoraphobie

Von einer Agoraphobie betroffene Menschen leiden an Ängsten vor öffentlichen Orten und Menschen-

ansammlungen. Diese Erkrankung kann auch als **multiple Situationsphobie** bezeichnet werden.

Gemieden oder nur mit großem Unbehagen ertragen werden daher folgende Situationen: Aufenthalt in öffentlichen Räumen, besonders wenn diese überfüllt sind (z. B. Geschäfte, Kinos, Krankenhäuser, Gaststätten), Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, in einer Schlange stehen, Aufenthalt im Freien bzw. Reisen, insbesondere allein in unbekannten Gegenden.

Soziale Phobie

Die soziale Phobie besteht in der Furcht vor der kritischen Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen) und führt schließlich dazu, dass soziale Situationen vermieden werden. Es bestehen unangemessen starke Ängste vor sozialen Situationen, z. B. sich in Gegenwart anderer zu äußern, Personen des anderen Geschlechts anzusprechen, vor anderen zu reden oder zu essen oder in anderer Weise im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.

Die sozialen Ängste können sich z. B. in Erröten, Schwitzen, Händezittern, Herzrasen, Vermeiden von Blickkontakt, Versagen bzw. Veränderung der Stimme, Übelkeit oder Harndrang äußern.

Spezifische Phobie

Hiermit sind unangemessen starke Ängste und Angstreaktionen in Bezug auf spezifische Situationen gemeint. Dunkelheit, geschlossene Räume, Aufzüge, Höhe, Fliegen, bestimmte Tiere, Prüfungssituationen, Anblick von Blut, Spritzen oder bestimmte Krankheiten (z. B. Krebs) können die Auslöser dieser Angst sein.

19.1.2 Ätiologie

Die Entstehung der Angsterkrankungen wird von den verschiedenen therapeutischen Richtungen (Schulen) unterschiedlich betrachtet.

Psychodynamisch/psychoanalytisch wird Angst als Abwehrmechanismus verstanden, d. h. Angst machende innerpsychische Bewusstseinsvorgänge werden nach außen verlagert und durch externe, vermeintlich belanglosere Angst machende Gründe ersetzt.

Aus **verhaltens- oder lernpsychologischer** Sichtweise ist die Angstreaktion das Ergebnis eines individuellen **Lern- bzw. Konditionierungsprozesses**. Ein bestimmter **Reiz** oder eine Situation, die unangenehm oder mit großer Furcht erlebt wurde, wird zu einem Auslöser für Angst. Die betroffene Person beginnt in Folge dessen, den Reiz oder die Situation systematisch zu meiden, um die damit verbundenen Gefühle nicht noch einmal zu erleben.

Biologisch/medizinisch wird angenommen, dass genetische Faktoren Angsterkrankungen mitbedingen können. Familiäre Häufungen wurden z. B. anhand von Zwillingsstudien festgestellt. Aus neurobiologischer Sichtweise lässt sich häufig eine Störung im Bereich der Neurotransmitter feststellen.

Darüber hinaus existieren noch weitere, z. B. soziokulturelle und humanistische Erklärungsmodelle für Angsterkrankungen.

Abhängig von der jeweiligen Betrachtungsweise ist in der Folge auch das therapeutische Vorgehen. Der *Tiefenpsychologe* wird versuchen, dem zugrunde liegenden unbewussten Konflikt auf die Spur zu kommen und diesen möglichst bewusst zu machen und zu lösen.

Tabelle 19.1. Angststörungen

Diagnosen	Symptome
Panikstörung	plötzlich auftauchende Angstattacken, körperliche Symptome: Tachykardie, Schwitzen, Engegefühl in der Brust etc.
generalisierte Angststörung	übertriebene, dauerhafte Sorgen, Befürchtungen, anhaltende Angst
Agoraphobie	Angst vor öffentlichen Plätzen, Menschenansammlungen, »multiple Situationsphobie«
soziale Phobie	Furcht vor der kritischen Betrachtung durch andere Menschen, Furcht, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen
spezifische Phobie	unangemessen starke Angst vor spezifischen Situationen und Dingen: z. B. Spinnen, geschlossenen Räumen

Der *Verhaltenspsychologe* wird (mit den Methoden Desensibilisierung und Konfrontation) die Auseinandersetzung mit der konkreten angstbesetzten Situation und das Ende der Vermeidung anstreben.

Der *Mediziner* wird versuchen, die Angst zunächst mit Hilfe von Medikamenten zu lindern.

Im klinischen Alltag werden diese Methoden, abhängig von der Art und Schwere der Symptomatik, oftmals kombiniert vorzufinden sein. Eventuell werden in akuten Fällen Medikamente eingesetzt, um die Betroffenen kurzfristig zu entlasten und psychotherapeutische Methoden wirksamer einsetzen zu können.

19.1.3 Pflegerisches Vorgehen

Geboten ist eine kontrollierte, leicht distanzierte und normalisierende Grundhaltung dem Patienten gegenüber. Dies bedeutet z. B. bei einer Panikattacke, kein »Mitagieren«, wenn der Patient **hyperventiliert**, schwitzt und zittert. Stattdessen gilt, Ruhe zu bewahren und dem Patienten das Gefühl zu geben, dass man selbst nicht mit in Panik gerät. Notwendige Maßnahmen müssen jedoch ergriffen werden.

Praxisbox

Nach Einschätzung der Situation ggf. den Arzt rufen, evtl. den Betroffenen in eine Tüte rückatmen lassen oder »gemeinsam« atmen (dem Patienten die Möglichkeit bieten, sich einem normalen Atemrhythmus anzuschließen). Falls es möglich ist, können Kurzentspannungsmethoden angeboten werden.

Wesentlich ist es, eine Balance im Umgang mit dem Patienten zu erlangen. Dieser soll sich einerseits ernst genommen fühlen und nicht das Gefühl haben, man glaube ihm sein subjektiv erlebtes Befinden nicht. Gleichzeitig ist es wichtig ihm zu vermitteln, dass sein Zustand keine körperlich lebensbedrohliche Situation darstellt. Sinnvoll ist es, den Patienten nach Absprachen mit den behandelnden Therapeuten zu fragen, da er in Angst- oder Paniksituationen Schwierigkeiten haben wird, auf dieses Wissen zurückzugreifen.

Absprachen innerhalb des therapeutischen Teams für das Verhalten in Angstsituationen müssen beachtet werden. Die Angstsituation des Patienten nicht **verstärken**, indem man z. B. Blutdruck misst. Wichtig ist im Vorfeld die Klärung der folgenden Fragen: Soll der Therapeut bei Panikattacken gerufen werden? Soll der Patient gerade lernen, die Angst »kommen zu lassen« und auszuhalten und ist es deswegen kontraproduktiv, beruhigend auf ihn einzuwirken?

Fachpflegerische Betreuung der oben genannten Therapien: Medikamentengabe, evtl. nach Absprache Begleitung zum **Angsttraining**, den Patienten nach Absprache bei Gruppenaktivitäten integrieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl Therapien als auch Gruppenaktivitäten Angst auslösen können.

Wesentlich ist insgesamt eine annehmende, Scham nehmende und bei Bedarf intervenierende, aber nicht verstärkende Grundhaltung!

19.2 Zwangsstörungen

Natürlich kennt fast jeder von uns geringfügige Zwangshandlungen oder -gedanken. Gern angeführt wird als ein Beispiel der Herd oder die Kaffeemaschine, die uns unruhig werden lassen, wenn wir vermuten, sie nicht ausgeschaltet zu haben. Auch vermeiden wir es vielleicht manchmal, auf Ritzen im Gehweg zu treten oder es entspannt uns, wenn wir Dinge ordnen können. In geringem Maße haben diese kleinen Zwänge im Alltag für uns einen Nutzen, indem sie uns etwas beruhigen. Jedoch können Zwänge auch Krankheitswert bekommen. Dies ist der Fall, wenn jemand erheblichen Leidensdruck in Bezug auf diese Handlungen oder Gedanken beschreibt, wenn sie übertrieben, unvernünftig, störend und unangemessen wirken und schwer zu unterdrücken sind. Manchmal sind sie sehr zeitaufwändig und erschweren den Alltag der betroffenen Person erheblich.

19.2.1 Definition und Klassifikation

Gekennzeichnet ist dieses Krankheitsbild vorwiegend von 2 Hauptsymptomen: *Zwangsgedanken* und/oder *Zwangshandlungen*.

Definition

Zwangsgedanken sind wiederkehrende Gedanken, Ideen, Impulse oder Bilder, die das Bewusstsein der betroffenen Person beherrschen. Zwangshandlungen sind **stereotype** und **rigide** Verhaltensweisen oder Handlungen, die durchzuführen jemand sich gezwungen fühlt, um Angst oder Qual zu verhindern oder zu verringern (oder zu erwartende negative Folgen abzuwenden).

Zwangsstörungen werden diagnostisch den *Angststörungen* zugeordnet, weil sie dazu führen, die Angst zu reduzieren, bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen.

19.2.2 Ätiologie

Auch hier gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze.

Psychodynamisch/psychoanalytisch: Nach Ansicht der psychoanalytischen Theorie versucht sich der Zwangserkrankte mit Hilfe seiner Zwänge gegen unerlaubte Impulse – wie sexuelle oder aggressive Triebkräfte – zu wehren. Durch eine strenge und/oder extrem auf Sauberkeit fixierte Erziehung hat der Betroffene ein übermäßig ausgeprägtes Gewissen entwickelt. Die Symptome sind nun das Ergebnis eines ständigen Kampfes zwischen den **Triebimpulsen** und den **Abwehrmechanismen**, da die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen den Betroffenen in gewisser Weise von diesen überzogenen Gewissensansprüchen entlasten. Mit Hilfe seiner ritualisierten Verhaltensweisen versucht der Zwangserkrankte, die verbotenen Impulse auszulöschen und sie damit ungeschehen zu machen.

Verhaltens- und lernpsychologisch wird u. a. davon ausgegangen, dass jeder Mensch sich wiederholende, unerwünschte und unangenehme Gedanken hat, jedoch die meisten Menschen diese einfach ignorieren und sie sich selbst nicht »übel nehmen«. Dagegen empfinden Zwangserkrankte solche Ideen als hochgradig besorgniserregend und versuchen sie mit aller Macht wieder loszuwerden. Paradoxerweise werden diese Gedanken aber genau dadurch verstärkt. Untersuchungen zufolge scheint es sich dabei um einen normalen Mechanismus zu handeln, der auch bei nicht Zwangserkrankten funktioniert: Der Versuch, einen Gedanken zu unterdrücken, bewirkt genau das Gegenteil!

Biologisch/medizinisch wird eine Neurotransmitterstörung (Serotonin) im Gehirn, ähnlich wie bei Depressionen, angenommen. Ein anderer Erklärungsansatz nimmt Funktionsstörungen in bestimmten Hirnregionen als Verursacher an. Auch hier wird die Vererbung als möglicher Mitverursacher angenommen.

Die Therapie ist abhängig vom Erklärungsmodell.

Der *Tiefenpsychologe* wird versuchen, den Konflikt, der zu den Abwehrreaktionen führt, zu finden und zu lösen. Das kann z. B. bedeuten, die Triebregungen, die abgewehrt werden sollen, ins Leben zu integrieren.

Der *Verhaltenspsychologe* wird den Betroffenen direkt mit den zwangsauslösenden Faktoren konfrontieren, d. h. ihn den Gedanken oder Reizen unter therapeutischer Begleitung aussetzen. Das Ziel ist die sog. »Habituation«, also eine Gewöhnung an diese Reize, bei Zwangsgedanken auch die Erlernung von Methoden, mit diesen anders umzugehen, wie z. B. der Stop-Technik. Die *medizinische* Therapie wird, entsprechend der angenommen Verursachung, Einfluss auf den Serotoninstoffwechsel nehmen. Hierzu gibt es die selektiven »Serotonin-Wiederaufnahmehemmer« (SSRI) – eine bestimmte Gruppe der Antidepressiva.

19.2.3 Pflegerisches Vorgehen

Wesentliche Punkte im Umgang mit zwangserkrankten Menschen sind:

- Sich nicht in die Zwangshandlungen miteinbinden lassen! Hiermit versucht der Betroffene, Verantwortung abzugeben. Das führt auf die Dauer nicht zu einer Besserung. Also auf keinen Fall »Mit-Kontrollieren«!
- Kontraproduktiv ist es außerdem, den Betroffenen übermäßig zu entlasten, ihn zu beruhigen oder Verantwortung für ihn zu übernehmen. Der Erkrankte ist in seinem Selbstbewusstsein meist bereits angeschlagen und das würde es weiter schwächen.

- Empfehlenswert ist es oft, im eigenen Tagesablauf weiter fortzufahren und evtl. auch den Betroffenen miteinzubinden. Es soll vermieden werden, falsche Rücksicht auf seine Zwänge zu nehmen.

Praxisbox

Eine Unterbrechung der Zwangshandlungen kann zu aggressivem Verhalten führen, da es hier oft ausgeklügelte Rituale gibt. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass der Betroffene unter großem inneren Druck steht.

Akzeptanz und therapeutisches, reflektiertes Verhalten sind die wesentlichen Handlungsratschläge. Der Zwangserkrankte sollte merken, dass Sie sich zwar nicht in seine Störung einbinden lassen, ihn aber als Person mit seinen Schwierigkeiten ernst nehmen.

Abb. 19.1a, b. Herdplatten nicht ausgeschaltet zu haben, ist ein häufiger Zwangsgedanke, der Betroffene beschäftigt. Das vielfache An- und Ausstellen von Schaltern ist ein Symptom, das den Zwangshandlungen zugeordnet wird und der Beruhigung dient

Abb. 19.2. Waschzwang als typische Zwangshandlung

19.3 Belastungs- und Anpassungsstörungen

Diese beiden Störungen sehen im Alltag in ihrer Erscheinungsform unterschiedlich aus, sind aber in ihrem Auslöser, nämlich den psychosozialen Belastungsfaktoren, zusammengefasst (▶ ICD 10). Neben der posttraumatischen Belastungsstörung, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, werden die akute Belastungsreaktion und die Anpassungsstörung genannt.

Auch diese Störungen sind uns in milder Form vielleicht aus dem eigenen Alltag bekannt. Umgangssprachlich wird eine akute Belastungsstörung z. B. auch »Nervenzusammenbruch« oder »psychischer Schock« genannt. Eine Anpassungsstörung kann nach einer entscheidenden Lebensveränderung auftreten, z. B. dem Tod eines Angehörigen oder einem Umzug.

19.3.1 Definition und Klassifikation

Die *akute Belastungsreaktion* ist eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht **manifest** gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Beispiele für starke psychische Belastungsfaktoren sind das eigene Erleben körperlicher oder psychischer Gewalt, das Erleben von extremer Gewalt gegenüber anderen und schmerzvolle Verlusterlebnisse, z. B. von nahestehenden Personen.

Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von »Betäubung«, mit einer **Bewusstseinseinengung** und eingeschränkten Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und **Desorientiertheit**. Diesem Zustand kann ein weiteres »Sichzurückziehen« aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu **dissoziativem Stupor**). Eine andere Folge kann jedoch auch Unruhe oder Überaktivität (z. B. Fluchtreaktion) sein. Vegetative Zeichen panischer Angst, wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten, treten häufig auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von 2 oder 3 Tagen, oft innerhalb von Stunden, zurück. Teilweise oder vollständige **Amnesie** bezüglich dieser Episode kann vorkommen.

Bestehen die Symptome länger als 28 Tage, so ist von der posttraumatischen Belastungsstörung zu sprechen (▶ Kap. 22).

Bei der *Anpassungsstörung* handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie nach einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen), oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein.

Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

19.3.2 Ätiologie

Unbestritten ist bei beiden Störungen, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen einer traumatischen oder anderen Belastung und dem Beginn einer Belastungsstörung gibt. Die Frage ist, warum manche Menschen eine Störung entwickeln und andere nicht. Man geht davon aus, dass die von einer Störung betroffene Person aus unterschiedlichen Gründen über nicht ausreichende Bewältigungsstrategien verfügt und daher besonders verwundbar (vulnerabel) ist. Bewältigungsstrategien können unterschiedlich »nützlich« sein. Sie entstehen in der Kindheit aber auch im Erwachsenenalter. Ein nicht vorhandenes unterstützendes soziales Netz erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Belastungsstörung.

Die Behandlung der akuten Belastungsstörung erfolgt meist vor allem durch ein geschütztes Umfeld, wobei in der Regel kaum Medikamente eingesetzt werden. Es wird vorwiegend auf die aktuellen Symptome reagiert, bei Bedarf werden entlastende Gespräche angeboten. Meistens handelt es sich um eine kurzzeitige Behandlungsnotwendigkeit.

Die Anpassungsstörung sollte in jedem Fall mit einer stützenden psychotherapeutischen Betreuung und in schweren Fällen auch mit Medikamenten, wie z. B. Antidepressiva, behandelt werden.

19.3.3 Pflegerisches Vorgehen

Bei den akuten Belastungssituationen ist das Bild, das der Betroffene zeigen kann, sehr unterschiedlich (▶ oben). Es ist daher wichtig, auf die jeweilige Phase adäquat zu reagieren. Bei Desorientierung und Rückzug ist es wichtig, in Kontakt zu bleiben und ggf. für Schutz zu sorgen, bzw. einen Therapeuten hinzuzuziehen.

Auch bei der Anpassungsstörung ist es wesentlich, bei Rückzug in Kontakt zu bleiben; nicht zuletzt, weil mit einem erhöhten Suizidrisiko gerechnet werden muss. Insgesamt ist das pflegerische Vorgehen ähnlich wie bei einer Depression: den Patienten ernst nehmen und versuchen, seine Teilnahms- und Lustlosigkeit mit Motivation und Zuwendung überwinden zu helfen und auch bei abweisendem Verhalten »weiter dran zu bleiben«.

Bei beiden Störungen ist der Kontakt zur erkrankten Person sehr wesentlich. Hier sollte auf das aktuelle Erscheinungsbild reagiert werden.

19.4 Weitere neurotische Störungen

Besonders hervorzuheben sind die körperbezogenen (somatoformen) neurotischen Störungen, wie die Somatisierungsstörung, die hypochondrische Störung und die Neurasthenie. Aber auch weitere, seltenere neurotische Störungen fallen in diese Kategorie.

Schon Sokrates glaubte, man dürfe den Körper nicht ohne die Seele behandeln (Fiester, 1986; Comer, 1995). Bei den somatoformen Störungen wird der enge Zusammenhang zwischen Körper und Seele besonders deutlich. Von somatoformen Störungen spricht man, wenn beim Patienten körperliche Symptome im Vordergrund stehen, für die sich keine oder keine ausreichenden organischen Ursachen finden lassen. Die Symptome werden jedoch keinesfalls vom Patienten vorgetäuscht oder eingebildet. Es handelt sich um tatsächliche Beschwerden, die von den Betroffenen als unangenehm, oft schmerzhaft und beeinträchtigend erlebt werden.

19.4.1 Definition und Klassifikation

Somatisierungsstörungen

Menschen mit diesem Störungsbild leiden unter vielfachen körperlichen Symptomen (Schmerz, Magen-Darm-Funktionsstörungen, sexuelle Störungen, neurologische Symptome), ohne erkennbare organische Grundlage. Sie sind oft davon überzeugt, dass sie ein körperliches Problem haben, was einfach nicht erkannt wird und alle Symptome erklären kann.

Hypochondrische Störung

Die an einer hypochondrischen Störung erkrankten Personen deuten körperliche Empfindungen oder Symptome unrealistisch und ängstlich als Zeichen einer schweren, oft lebensbedrohlichen Erkrankung (z. B. wird eine Erkältung als sicheres Zeichen für eine Krebserkankung interpretiert). Diese Störung ist mit der vorhergehenden sehr eng »verwandt«, allerdings herrscht hier das Symptom der Angst, an einer lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden, vor und die körperlichen Symptome sind relativ geringfügig.

Neurasthenie

Die Neurasthenie ist von den Symptomen der extremen geistigen und/oder körperlichen Ermüdung/Ermüdbarkeit geprägt. Auch hier wird für diese Symptome keine körperliche Ursache gefunden.

19.4.2 Ätiologie

Ursprünglich sind die neurotischen und insbesondere die Somatisierungsstörungen eine von Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse, erstmals gestellte Diagnose. Er hat Menschen mit den oben genannten Symptomen als hysterisch bezeichnet. Freud ging bei der genaueren Zuwendung zur Hysterie davon aus, dass die Symptome Ausdruck eines innerpsychischen Konfliktes sind (▶ **Psycho-Instanzen-Modell**: zwischen dem Über-Ich und dem Es) die sich körperlichen Ausdruck suchen. So geht die *Psychoanalyse* davon aus, dass dieser Konflikt gefunden und bearbeitet werden muss, um die Symptome zu verlieren.

Die *Verhaltenstherapie* hält die Symptome für ein Mittel, das dem erkrankten Menschen indirekt Vorteile verschafft, wie z. B. soziale Zuwendung. Aber auch das Umgehen von schwierigen oder unangenehmen Situation (z. B. am Arbeitsplatz oder in zwischenmenschlichen Beziehungen) kann ein Vorteil sein, der durch das Auftreten körperlicher Beschwerden erzielt wird.

Ein weiterer, kognitiver Erklärungsansatz begreift psychische Störungen mit körperlichem Ausdruck als eine besondere Form der Kommunikation. Nach dieser Auffassung drücken Menschen mit Schwierigkeiten beim Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle diese auf der körperlichen Ebene aus, ohne dass ihnen das bewusst sein muss.

Die Therapie wird hier in der Regel psychotherapeutisch ausgerichtet sein.

19.4.3 Pflegerisches Vorgehen

Die meisten Menschen, die mit einer dieser Störungen in Behandlung kommen, haben die Erfahrung gemacht, oft nicht ernst genommen worden zu sein. Da sie in der Regel einen hohen Leidensdruck haben, ist es hier überaus wichtig, ihnen das Gefühl zu geben, dass sie nicht abwertend oder belächelnd behandelt werden.

Im Verlauf der Behandlung sollte darauf hingearbeitet werden, der Störung auf den Grund zu kommen und die bisherigen Lösungsversuche in den Hintergrund treten zu lassen. Hier ist es besonders wichtig, die körperlichen Symptome nicht durch ein »Daraufeingehen« zu verstärken.

Die Betroffenen versuchen häufig, mit dem medizinischen Personal ein Gespräch über die Schmerzen oder über die schwere Erkrankung, die nur noch nicht entdeckt ist, zu führen. Sinnvoll wäre es in der Kommunikation, das Gespräch auf andere Dinge zu lenken und nicht zu viel auf die körperlichen Aspekte einzugehen.

Praxisbox

Auch wenn die Patienten nach Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten verlangen, ist es wichtig, sich hier zurückzuhalten und Rücksprache mit den anderen Berufsgruppen zu halten.

Beispiel einer Kommunikation mit einem Patienten mit Somatisierungsstörung: »Ich leide wirklich unter sehr schlimmem Schwindel!« Antwort: »Ich glaube ihnen, dass sie diese Beschwerden haben, ich habe aber eine andere Vorstellung über deren Herkunft als sie.«

Hier ist also die Balance zwischen ernst- und annehmendem, und gleichzeitig nicht verstärkendem Verhalten zu suchen!

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Wie werden Angststörungen klassifiziert? ▶ Kap. 19.1.1
- Definieren Sie die Begriff »Zwangsgedanken« und »Zwangshandlungen«! ▶ Kap. 19.2.1
- Beschreiben Sie kurz das pflegerische Vorgehen bei Belastungs- und Anpassungsstörungen! ▶ Kap. 19.3.3
- Was ist eine Neurasthenie? ▶ Kap. 19.4.1

Literatur

Comer RJ (2001) Klinische Psychologie. Spektrum, Heidelberg

Dilling H, Mombur W, Schmidt MH(Hrsg) (2004) ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern

Payk T (2003) Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart

Margraf J (Hrsg) (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1, 2. Springer, Berlin Heidelberg New York

American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Hogrefe, Göttingen

20 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Winfried Böhner, Martin Meyer

20.1 Verhaltensstörungen – 282
20.1.1 Essstörungen – 282
20.1.2 Schlafstörungen – 284
20.1.3 Sexualstörungen – 284

20.2 Paranoide Persönlichkeitsstörung – 285

20.3 Schizoide Persönlichkeitsstörung – 286

20.4 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung – 286

20.5 Depressive Persönlichkeitsstörung – 286

20.6 Grundsätzliches zur Pflege bei Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen – 287

Literatur – 288

In Kürze

In der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen findet sich eine Vielzahl von klinisch wichtigen, oft lange anhaltenden Zustandsbildern und Erkrankungen, die auf das Leben des Betroffenen lange und erheblichen Einfluss haben können. Einige dieser Störungen treten als Folge von konstitutionellen Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Laufe der Lebensgeschichte auf und verändern tief greifend die weitere Lebensentwicklung. Obwohl sie an dieser Stelle in einem Kapitel abgehandelt werden, sollte nicht der Eindruck entstehen, dass sie große Ähnlichkeiten miteinander haben oder dass sie ähnliche Behandlungsansätze hätten. Auch werden wir hier nur einige wichtige Krankheitsbilder streifen können.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- wichtige Probleme von Essstörungen und Grundlegendes zum pflegerischen Umgang mit diesen Patienten
- Wichtiges zum Umgang mit Schlafstörungen
- Probleme der Sexualstörungen
- die wichtigsten Merkmale und Probleme von Persönlichkeitsstörungen und entsprechende pflegerische Interventionen
- Grundlegendes zum pflegerischen Umgang mit Persönlichkeitsstörungen

Vorbemerkung

Von Persönlichkeitsstörungen spricht man, wenn eine Persönlichkeitsstruktur so ausgeprägt vorliegt, dass sich hieraus ernsthaftes Leiden für die Person oder seine Umgebung ergeben. Persönlichkeitsstörungen sind keine absoluten Größen sondern immer abhängig von Zeit und Lebensumständen des Betreffenden, so wird eine selbstunsichere Persönlichkeit vielleicht erst dann auffällig erkranken, wenn ein haltgebendes Element, das Elternhaus oder ein Partner nicht mehr zur Verfügung stehen. Der Begriff der Persönlichkeitsstörung entwickelte sich aus den psychiatrischen Psychopathiekonzepten, wovon auch die Vielzahl der Begriffe noch zeugt: z. B. schizotype, antisoziale, hystrionische, narzisstische, dependente oder Borderline-Persönlichkeitsstruktur.

20.1 Verhaltensstörungen

20.1.1 Essstörungen

Anorexia nervosa (ICD 10: F50.0)

Bei der Magersucht liegt das Verhältnis Frauen zu Männern zwischen 10:1 und 13:1. Der Altersgipfel für das Erstauftreten der Symptomatik liegt zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr. Es kommt zu einer erheblichen Gewichtsabnahme, 10 % der Patienten versterben. Wir haben es also mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu tun, die trotz aller medizinischen und therapeutischen Maßnahmen oft nicht zu einer dauerhaften Heilung führt.

Als diagnostische Hinweise finden wir die Furcht vor dem Dickwerden, die auch bei Gewichtsverlust nicht nachlässt. Diese Patienten können vor einem Spiegel stehen oder mit einer Waage konfrontiert werden, nehmen sich immer noch als zu dick wahr. Es ist nicht einfach nur Sturheit, sondern hat eher schon wahnhaften Charakter. Gewichtsverluste von 25 % unter dem ursprünglichen Körpergewicht sind nicht selten, als diagnostisches Kriterium gilt ein Körpergewicht von 15 % unter dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht. Es liegen umfassende endokrine Störungen der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden vor; bei Frauen folgt daraus Amenorrhö, bei Männern Interessenverlust an Sexualität und evtl. Potenzverlust.

Die Patienten betreiben in hohem Maße selbstschädigendes Verhalten. Um das Gewicht zu senken, beschränken sie sich auf fettarme Nahrung, selbst herbeigeführtes Erbrechen (teilweise mit Manipulationen im hinteren Rachenbereich, die zu deutlichen Wunden führen), aber auch Appetitzügler und Diuretika sind häufig eingenommene Mittel.

Im Kontakt kommt es zu teils recht heftigen Reaktionen. Die Unerbittlichkeit, mit der die Patienten jedes Therapieangebot unterlaufen oder scheinbar gegen besseres Wissen handeln, sich dabei in real lebensbedrohliche Situationen bringen, führt häufig zu Gewaltmaßnahmen. Hier kann das manchmal notwendige Legen einer Magensonde zu einem aggressiven Akt des behandelnden Teams werden.

Gerade bei häufigem Kontakt mit diesen Patienten sollte an eine regelmäßige Supervision gedacht werden.

Die Behandlung wird heute meist in einem stationären Setting begonnen – hier ist Methodenvielfalt gefragt, rein somatische oder rein psychotherapeutische Konzepte sind nicht ausreichend. Nach stationärer Behandlung sind weitere therapeutische Interventionen und Unterstützungen z. B. in Selbsthilfegruppen notwendig. Rückfälle müssen eingeplant werden.

Bulimie (ICD 10: F50.2)

Die Bulimie ist gekennzeichnet durch wiederholte Anfälle von Heißhunger mit Fressattacken, in denen große Mengen von Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden (diagnostisch: in einem Zeitraum von 3 Monaten mindestens 2-mal pro Woche). Es besteht eine dauernde Beschäftigung mit dem Essen, die Patienten beschreiben eine nicht kontrollierbare Gier oder sogar einen Zwang zu essen. Das Gewicht ist meist normal, wird aber auch mit folgenden Verhaltensweisen gesteuert:

- selbstinduziertes Erbrechen,
- Missbrauch von Abführmitteln,
- zeitweilige Hungerperioden,
- Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.

Die Bulimie wird von den Patienten oft verborgen. Fälle, in denen die Patienten über Jahre ihr Erbrochenes fein säuberlich in Tüten abfüllen und dann heimlich außerhalb der Wohnung entsorgen sind keine Seltenheit. Diagnostisch fallen sie oft erst auf, wenn sie z. B. durch ihre speziellen Maßnahmen der Gewichtskontrolle Elektrolytstörungen verursachen. Im Gegensatz zu den anorektischen Patientinnen sind sie oft sehr attraktiv, verhalten sich angepasst, freundlich, scheinbar hat man schnell einen guten Kontakt zu ihnen. Das führt dazu, dass man sie oft als gesunder und »geheilter« einschätzt als sie eigentlich sind.

Die Konzepte zur Erklärung von Essstörungen sind vielfältig:

- Organomedizinisch werden gestörte hypothalamisch-hypophysäre Regelkreismechanismen angenommen oder **Transmitterstörungen**, die mit Depressionsmodellen in Verbindung zu bringen sind.
- Lerntheoretisch werden Suchtmodelle diskutiert, psychoanalytisch Trieb- Abwehr-Konfliktmodelle mit **Regressionen** auf eine orale Stufe oder Ablösungsproblematiken etc.
- **Systemische** Familienansätze gehen von Aspekten, wie Einmischung und **Überprotektion** aus, und nicht zuletzt verweisen soziokulturelle Ansätze auf den Einfluss der Darstellung von Weiblichkeit in den Medien. (Wie viel wiegt eigentlich ein Topmodell?)

Pflege bei Essstörungen

Das schrittweise Heranführen an neue Essgewohnheiten gelingt nur über die Herbeiführung einer Krankheitseinsicht. Dies sollte der zugrunde liegende Gedanke pflegerischen Handelns sein. Dazu notwendig ist der vorsichtige Aufbau einer Atmosphäre des Vertrauens und des Angenommenseins. Erschwert wird dies durch die Bestrebungen der Patienten, sich vordergründig anzupassen. Wichtig ist es, die angepasste Fassade von Beginn an zu hinterfragen und die pathologische Struktur zu erkennen.

Entscheidend für Pflegende ist es, sich vor den Versuchen der Vereinnahmung zu schützen. Hilfreich dabei ist eine professionelle Haltung mit einem ausgewogenen Nähe-Distanz-Verhalten.

In allen Phasen sind überwachende Tätigkeiten notwendig. Hierzu gehören regelmäßige Kontrollen des Körpergewichts, des Verschwindenlassens von Nahrung, des Erbrechens nach den Mahlzeiten und das Beschränken verschiedener Handlungen, die der weiteren Gewichtsreduktion dienen (exzessiver Sport, bewusstes Frieren durch zu dünne Kleidung). Auf der Einhaltung von vereinbarten Regeln muss konsequent bestanden werden. Die Beziehungsgestaltung ist wohlwollend, die pathologische Struktur verstehend und niemals moralisierend.

Weitere pflegerische Maßnahmen sind:

- Unterstützung von Esstraining nach zuvor erarbeiteten Plänen,
- Unterstützung bei der Führung eines Ernährungstagebuchs,
- Ernährungsberatung,
- Bearbeitung der Körperschemastörung,
- Bearbeitung von Ängsten.

20.1.2 Schlafstörungen

Im ICD 10 werden Schlafstörungen mit organischer Ursache (G47.9 bis G47.9) von nichtorganischen Schlafstörungen (F51.0 bis F51.9) abgegrenzt. Bei den nichtorganischen Schlafstörungen, die im psychiatrischen Bereich eine große Bedeutung haben, ist fast immer ein Zusammenhang zu einer anderen psychischen Störung herzustellen oder andere Arten von Belastungen, ein Trauma, mannigfaltige Anforderungen, denen der Betreffende meint, nicht mehr begegnen zu können. In diesen Zusammenhängen findet dann eine Fixierung auf den Schlaf statt. Je deutlicher ich aber davon ausgehe, dass ich schlafen muss, umso geringer ist meine Chance. Anders ausgedrückt, das beste Mittel nicht einzuschlafen besteht darin, sich den Schlaf sehnlichst herbeizuwünschen.

Der Einsatz von Tranquilizern aus der Gruppe der Benzodiazepine tut dann oft noch ein Übriges. Nach dem Absetzen kommt es häufig zu einer Steigerung der Schlafstörung; wenn die Patienten darauf nicht vorbereitet sind, greifen sie oft erneut zu diesen Mitteln.

Die Behandlung besteht in der Therapie der Grundkrankheit bzw. in der Entwicklung neuer Routinen und Schlafrituale. Dazu gehören v. a.:

- Möglichst jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett gehen. Das morgendliche Aufstehen sollte – unabhängig vom Zeitpunkt des Einschlafens oder der Qualität des Schlafes – immer zur gleichen Zeit geschehen.
- Koffein und Alkohol müssen vermieden werden (Alkohol hilft zwar beim Einschlafen, führt aber zu Durchschlafstörungen).
- Die Raumtemperatur sollte – je nach Bettdecke und Schlafkleidung – bei 16 bis 18 ℃ liegen.
- Der Wecker sollte so gestellt werden, dass er nicht gesehen werden kann.
- Wenn über längere Zeit nicht eingeschlafen werden kann (nach ca. 30 Minuten, das kann man auch ohne Wecker schätzen), sollte das Bett verlassen werden. Die Beschäftigung mit anderen Dingen ist dann ratsam (lesen, schreiben, kein Fernsehen), bis Müdigkeit eintritt.
- Entspannungsübungen, Baldrianpräparate, evtl. trizyklische Antidepressiva sind andere Ansatzmöglichkeiten.

Pflege bei Schlafstörungen

Eine wichtige Aufgabe ist es, auf eine angemessene – sprich – gelassenere Haltung des Patienten bezüglich seines Schlafverhaltens hinzuarbeiten. Hierzu ist es notwendig, die oftmals bestehenden, unrealistischen Vorstellungen über Dauer und Qualität des Schlafes zu korrigieren. Der subjektiven Wahrnehmung der Schlafstörung und des Ausmaßes der erlebten Beeinträchtigungen tagsüber gilt dabei das besondere Augenmerk.

Weiter Pflegerische Interventionen sind:

- vermehrte Tagesaktivitäten,
- Möglichkeiten der emotionalen Entlastung schaffen,
- Unterstützung bei der Entwicklung von Einschlafritualen,
- schlafgerechte Umgebung schaffen,
- Wohlbefinden herstellen.

20.1.3 Sexualstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen beeinträchtigen eine erwünschte sexuelle Beziehung. Die sexuellen Reaktionen sind **psychosomatische** Prozesse, d. h. bei der Entstehung der Störung sind meist psychologische und somatische Prozesse beteiligt:

- der Mangel oder der Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0), in diesen Bereich gehört auch der Begriff Frigidität,
- sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung,
- Versagen genitaler Reaktionen: bei Männern ein Ausbleiben oder eine mangelnde Erektion, die für einen Geschlechtsverkehr nicht ausreicht; bei Frauen ein »Ausbleiben der vaginalen Lubrikation mit einer ungenügenden Tumeszenz der Labien«, also ein Ausbleiben der Feuchtigkeit in der Vagina und ein Nichtanschwellen der Schamlippen.

In beiden Fällen ist oft von einer hohen Anspannung der Beteiligten auszugehen. Männer wie Frauen haben so hohe Ansprüche an die Qualität ihrer sexuellen Fähigkeiten, dass schon kleine Störungen zu Versagensgefühlen mit den entsprechenden Reaktionen führen können. Erschwerend kommt hinzu, wie unangenehm es den meisten von uns ist, sich mit

dieser Thematik auseinanderzusetzen. Machen Sie nur einem Moment mal den inneren Versuch und stellen sich vor, sie sprechen mit einem guten Freund oder Freundin über ein »Versagen« im Bett – schon der Gedanke macht ein schamhaftes Gefühl. Wie viel schlimmer und wie viel mehr an innerer Verzweifelung muss im Spiel sein, bevor sich ein Patient einem Arzt oder Therapeuten anvertraut!

Beispiele für Sexualstörungen sind:

- Orgasmusstörung (F52.3): der Orgasmus tritt nie oder stark verzögert auf.
- **Ejaculatio praecox** (F52.4): Unfähigkeit, den Erguss ausreichend lange hinauszuzögern, um das sexuelle Zusammensein genießen zu können. Zur Ejakulation kommt es in diesen Fällen schon vor oder innerhalb von 15 Sekunden nach dem Eindringen, und das immer wieder und nicht als Folge langer sexueller Enthaltsamkeit.
- **Vaginismus** (F52.5): Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch das Eindringen des Penis unmöglich oder schmerzhaft wird. Die Geschichte, die immer wieder berichtet wird, über ein so ausgeprägten Vaginismus, dass ein Entfernen des Penis unmöglich sei, gehört unseres Erachtens in den Bereich der sexuellen Mythen – und davon gibt es viele.
- Dyspareunie (F52.6): Schmerzen während des Sexualverkehrs; tritt sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf, organisch können lokale krankhafte Befunde vorliegen, die dann somatisch behandelt werden müssen.

Pflege bei Sexualstörungen

Das Thema Sexualität ist ein sensibles Thema, bei dem sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf der der Pflegenden Tabuisierungen und Ängste existieren. Dies trifft im besonderen Maße auf Störungen in diesem Bereich zu. Dennoch ist Sexualität ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Gesundheit.

Das Einbeziehen sexueller Störungen in den Pflegeprozess geschieht dann, wenn diese zu einem Problem werden. Entweder derart, dass der Patient Leidensdruck und Besorgnis äußert oder seine Umwelt in Mitleidenschaft zieht, ohne dass der Patient dies für sich selber als Problem erkennt.

Ein wesentlicher Anteil des Umgangs mit betroffenen Patienten liegt in der Beziehungsgestaltung. Diese muss auf vertrauensvollem Fundament stehen und dem Patienten ermöglichen, sich dem Thema zu öffnen. In einem ersten Schritt wird dem Patienten die Bereitschaft vermittelt, über seine Störung zu sprechen. Entscheidend dabei ist die Akzeptanz des Problems seitens des Behandlungsteams. In einem zweiten Schritt besteht die Möglichkeit, dem Patienten grundlegende Informationen über das Thema zu vermitteln.

Von hoher Wichtigkeit ist die Gewährleistung eines vertraulichen Umgangs mit den Gesprächsinhalten seitens der Bezugspflegeperson.

20.2 Paranoide Persönlichkeitsstörung

Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind empfindlich gegenüber Ablehnung, Misserfolg oder anderen kleinen Ereignissen. Sie neigen dazu, schicksalhafte Ereignisse persönlich zu nehmen und als gegen sich gerichtet zu betrachten. Darauf reagieren sie mit hilfloser Resignation oder mit kämpferischer Wut. Dabei kann ein kleiner Anlass zu einem heftigen Streit eskalieren; der mögliche Gewinn steht dabei in keinem Verhältnis mehr zum betriebenen Aufwand. Nachbarschaftsstreitigkeiten, die in diversen Fernsehsendungen begeistert ausgebreitet werden, entstammen oft dem Zusammentreffen einer oder mehrer Menschen mit dieser Störung. Ausgangspunkt ist dabei immer das Gefühl der Kränkung.

Pflege bei paranoider Persönlichkeitsstörung

Es ist wenig angebracht, sich bei Verdächtigungen zu rechtfertigen. Jeder Versuch, seine Unschuld zu beweisen, unterstützt das störungsspezifische Verhalten. Das Einlassen auf einen Streit führt zu einem Verlust an professioneller Distanz und gefährdet damit die Helferrolle. Von entscheidender Bedeutung ist ein sensibel austariertes Verhältnis von Nähe und Distanz. Der professionelle Umgang mit der paranoid geprägten Wahrnehmungsverzerrung gelingt nur über eine gleich bleibend gelassene Grundhaltung der Pflegenden.

Die Grundtendenz der Beziehungsgestaltung ist davon bestimmt, der Wahrnehmung des Patienten das eigene Erleben gegenüber zu setzen.

Zwingend notwendig sind ein funktionierender Informationsfluss im Pflegeteam und der permanente Austausch mit anderen Berufsgruppen.

20.3 Schizoide Persönlichkeitsstörung

Schizoid hat nichts mit Schizophrenie zu tun, und auch die Wahrscheinlichkeit einer schizophrenen Erkrankung bei Menschen mit einer schizoiden Persönlichkleitsstörung ist nicht höher als in der Normalbevölkerung. Schizoiden Patienten fällt es schwer, einen guten Kontakt zu ihrer Umwelt herzustellen, sie wirken eigenbrötlerisch, seltsam, oft verschroben. In einem Gespräch gelingt es selten, einen wirklichen Kontakt zu ihnen herzustellen. Sie bleiben wenig greifbar, wie hinter einer Milchglasscheibe versteckt.

Verständlicherweise zeigen sich so auch ihre Probleme meist in den sozialen Beziehungen, überdurchschnittlich häufig kommt es zum Scheitern von Partnerbeziehungen oder zu Konflikten am Arbeitsplatz.

Pflege bei schizoider Persönlichkeitsstörung

Die Herstellung des Kontaktes und der Aufbau einer den Möglichkeiten des schizoiden Patienten entsprechenden tragfähigen Beziehung ist wichtigstes pflegerisches Mittel. Notwendig dabei ist es, den Affekt der Gefühllosigkeit als einen Abwehrmechanismus des Patienten zu verstehen. Das Bedürfnis nach Distanz muss respektiert werden. Es ist wenig sinnvoll, mit persönlicher Kränkung darauf zu reagieren. Es gilt, Kälte und Unnahbarkeit auszuhalten ohne diese zu erwidern. Einen Weg aus der Isolation findet der Patient in einer Struktur der Klarheit und Offenheit. Die Gestaltung der Beziehung ist geprägt von einer freundlichen Atmosphäre und einem auf gleich bleibende Distanz achtenden Verhalten.

20.4 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Zwanghafte Persönlichkeiten sind in ihren Lebensbereichen übergenau, penibel, pedantisch usw. Sie verfolgen einen Tagesablauf mit genauester Minuteneinteilung; die Kaffeetasse, der Löffel, sogar der Mülleimer, alles muss an seinem Platz sein. Kontrolle dient als Gegenmittel gegen jeden Hauch von Unordnung. Psychisch sind diese Menschen oft ausgeprägte Gewissensmenschen, eine »Notlüge« kann zu tagelangen Gewissensbissen führen. In stärkerer Ausprägung besteht das Leben nur noch aus Routinen, der Übergang zur Zwangsneurose ist dabei fließend. Die Not dieser Menschen ist oft auf den ersten Blick nicht erkennbar, man neigt zur Abgrenzung oder dazu, sich über sie lustig zu machen – auch machen sie es einem in ihrer peniblen Art nicht gerade leicht, sich mit ihnen zu beschäftigen.

Pflege bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung

Für das Team ist eines der wichtigsten Gebote bei diesen Patienten, selber auf das peinliche Einhalten der Stationsregeln zu achten. Unvorhergesehene Änderungen im üblichen Tagesablauf müssen dem Patienten frühzeitig mitgeteilt werden. Ihm wird damit ein Milieu geboten, in dem er sich mit dem Gefühl der Sicherheit und des Aufgehobenseins bewegen kann. Dies erleichtert die Kontaktaufnahme zum Patienten. Gesprächsinhalte betreffen die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und die anderer Menschen. Auseinandersetzungen, die sich inhaltlich im zwanghaften System des Patienten befinden, sind wenig sinnvoll. Die Rigidität des Patienten lässt wenig Spielraum zu. Ein Beharren auf der eigenen Position endet in der Regel als Machtkampf. Sinnvoll ist es Kompromisslösungen zu finden.

20.5 Depressive Persönlichkeitsstörung

Depressive Persönlichkeit hat nichts mit einer Depression zu tun, auch wenn die verwendeten Begrifflichkeiten im klinischen Sprachgebrauch leicht verschwimmen. Depressive Persönlichkeiten sind still, zurückhaltend, stellen eigene Wünsche und Ansprü-

che – auch berechtigte – hinter anderen zurück. Sie können sich oft schlecht abgrenzen oder deutlich ihre Wünsche artikulieren. Werden sie enttäuscht oder verlieren sie ihre Geborgenheit vermittelnde Umgebung, wie Arbeitsplatz, Ehrenamt oder Partner, kommt es oft zum Ausbruch der Erkrankung. Hier stehen auch körperliche Beschwerden im Vordergrund, oft sind Somatisierungsstörungen auf der Grundlage einer depressiven Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen.

Pflege bei depressiver Persönlichkeitsstörung

Problematisch für die Beziehungsgestaltung ist, dass Patienten mit einer depressiven Persönlichkeitsstörung im Stationsalltag oft nicht wahrgenommen werden. Sie *verschwinden* hinter Patienten, die in ihrem Verhalten mehr Aufmerksamkeit fordern oder binden. Für die Pflege ist es wichtig, sich diesen Patienten bewusst zuzuwenden. Schwierig für die Beziehungsgestaltung ist die Angst des Patienten vor Nähe. Ein wärmendes auf ein gleich bleibendes Verhältnis von Nähe und Distanz achtendes Verhalten ist hier sehr hilfreich. Im Fokus der Gespräche stehen die Bedürfnisse des Patienten und das Entwickeln der Fähigkeit diese zu äußern. Besondere Beachtung ist den Abgrenzungsschwierigkeiten des Patienten gewidmet. Die Tendenz dazu, sich Aufgaben übertragen zu lassen und sich für andere aufzuopfern, bedarf besonderer Beachtung. Der Patient benötigt an dieser Stelle die Unterstützung der Pflege. Eine Gegensteuerung ist oft erforderlich. Sinnvoll ist auch das Einbinden in Gruppenaktivitäten. Das Vertreten eigener Interessen kann in Form von Rollenspielen oder themenzentrierten Gruppen eingeübt werden.

20.6 Grundsätzliches zur Pflege bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Pflegerische Grundhaltung

Der Patient ist mündiger Partner mit einem spezifischen Problem. Die Pflegekraft ist Experte mit der vorrangigen Aufgabe, die Patienten darin zu unterstützen, Veränderungsprozesse in die Wege zu leiten.

Durch ihre zentrale Position im Behandlungsteam und der damit verbundenen speziellen Nähe zum Patienten sind Pflegekräfte die Berufsgruppe, welche am meisten zur Effektivität einer stationären Behandlung beiträgt bzw. am meisten zum Misslingen beitragen kann. Gleichzeitig sind Pflegekräfte am stärksten emotional belastet.

Die pflegerische Beziehung ist geprägt von einem Balanceakt zwischen wohlwollend unterstützender und fordernder Haltung, zwischen Drängen auf Veränderung und Hilfe bei der Akzeptanz von Bedürftigkeit. Das Pflegeteam hält die Waage zwischen Veränderung und Fürsorge.

Allzu rigide Kontrollbedürfnisse oder der Vorwurf der Behandlungsunwilligkeit sind ein Ausdruck für die Unter- oder Überschätzung der Kompetenz und willensgesteuerten Handlungsfähigkeit des Patienten. Beides führt zu einer Gefährdung der Balance und damit möglicherweise zu einer Verstärkung des gestörten Verhaltens oder zu Therapieabbrüchen.

Pflegerische Aufgaben

Von zentraler Bedeutung ist die Gestaltung einer pflegerischen Beziehung. Sinnvoll dafür ist die Zuordnung einer Bezugspflegekraft. Sie ist Hauptansprechpartner sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten. Die Kontakte zum Patienten finden über strukturierte Einzelgespräche statt, die 1- bis 2-mal pro Woche erfolgen und auf max. 60 Minuten begrenzt sein sollten.

Die Struktur der Beziehungsgestaltung sollte in 3 Phasen gegliedert sein:

- In der *Anfangsphase* ist die Zielsetzung der Gespräche die Klärung der Stationsregeln und Unterstützung bei der Orientierung hinsichtlich Ablauf und Zielsetzung der Therapie.
- In der *Hauptphase* steht das in der Therapie Erarbeitete im Vordergrund. Hier geht es um das Trainieren von Fähigkeiten und deren Umsetzung in die Alltagspraxis. Der Patient erfährt Unterstützung bei der Umsetzung des in der Therapie Vermittelten. Die Absprache mit dem Therapeuten ist dabei von unbedingter Notwendigkeit. Über die vereinbarten Einzelkontakte hinaus steht die Bezugspflegekraft bei Krisen zur

Verfügung. Von hoher Bedeutung ist es, den Patienten dahin zu führen, Krisen im Sinne mit den bereits Erlernten Mitteln zu bewältigen.

- In der *Endphase* steht die Vorbereitung und Planung der Entlassung im Vordergrund. Aufgabe ist es, Ängste zu bearbeiten, Belastungserprobungen vor- und nachzubereiten oder besondere Probleme z. B. bei arbeitstherapeutischen Maßnahmen zu besprechen.

Das Angebot stützender, helfender Gespräche ist eingebunden in ein System von tagesstrukturierenden Maßnahmen, Gruppenangeboten und dem übrigen therapeutischen Programm. Das Funktionieren einer guten interdisziplinären Teamarbeit ist für das Initialisieren eines Veränderungsprozesses unerlässlich.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Mit welchen Verhaltensweisen steuern an einer Bulimie Erkrankte ihr Gewicht? ▶ Kap. 20.1.1
- Mit Hilfe welcher pflegerischen Interventionen kann man Patienten mit einer Schlafstörung positiv unterstützen? ▶ Kap. 20.1.2
- Nennen sie einige Sexualstörungen! ▶ Kap. 20.1.3
- Auf was ist im Umgang mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung hinsichtlich Anschuldigungen seitens des Patienten zu achten? ▶ Kap. 20.2
- Was ist das Problematische an der Beziehungsgestaltung mit Patienten, die an einer depressiven Persönlichkeitsstörung leiden? ▶ Kap. 20.5
- Nennen Sie die 3 Phasen, in welche die Struktur einer Beziehungsgestaltung mit Persönlichkeitsgestörten gegliedert ist! ▶ Kap. 20.6

Literatur

Dulz B, Schneider A (1997) Borderline-Störungen Theorie und Therapie. Schattauer, Stuttgart

Dulz B, Bolm T, Thomasius R (2002) Stationäre Therapie von Borderline Patienten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse T (Hrsg) PTT Persönlichkeitsstörungen, Bd 1: Das Borderline-spezifische therapeutische Setting. Schattauer, Stuttgart

Kernberg OF (2000) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart

Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S et al (Hrsg) (2004) Lehrbuch psychiatrische Pflege. Hans Huber, Bern

21 Affektive Störungen

Winfried Böhner, Martin Meyer

21.1 Depression – 290
21.1.1 Therapie – 291
21.1.2 Pflege bei Depressionen – 291

21.2 Manie – 293
21.2.1 Therapie – 294
21.2.2 Pflege bei Manie – 294

Literatur – 295

In Kürze

Dauerhafte Müdigkeit und Erschöpfung kennzeichnen die Situation des Depressiven, und auch das Gefühl, jeglicher Energie und Willenskraft beraubt zu sein. Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, ein fehlendes Selbstwertgefühl und völlige Leere nehmen den depressiven Menschen in Besitz. Gleichzeitig geht das Interesse und die Freude an allen Aktivitäten des täglichen Lebens verloren. Dieses Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit kann so stark ausgeprägt sein, dass es zu Selbsttötungsabsichten kommt.

Die Manie stellt das exakte Gegenteil dar. Manische Patienten haben eine gehobene Stimmung. Sie erscheinen uns *grundlos* heiter und ausgelassen. Manchmal aber auch gereizt, aggressiv bis hin zur Angriffsbereitschaft. Insbesondere dann, wenn wir darum bemüht sind, ihnen Grenzen zu setzen. Die Patienten strahlen eine Energie ab, die sich zügel- und ziellos in alle Richtungen ausbreitet. Dem Behandlungsteam fällt es schwer, der Umgebung und dem Maniker selber Schutz zu bieten.

Beide Störungsbilder erzeugen sehr oft das Gefühl von Hilflosigkeit. Pflegende schwanken zwischen Mitleid, ohnmächtigem Danebenstehen und Aggression.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- Definitionen der Störungen des Gefühlslebens
- das Wesen von Depressionen und Manien
- die Besonderheiten in der Behandlung dieser Störungen
- wichtige pflegerische Interventionen bei manischen und depressiven Erkrankungen
- Wichtiges zum Umgang mit Suizidalität

Vorbemerkung

Bei der Gruppe der affektiven Störungen liegen Veränderungen der Stimmung und der **Affekte** vor, entweder hin zur gedrückten Stimmung, der Depression, oder hin zur gehobenen, überschäumenden Stimmung, der **Manie**. Noch bis vor einigen Jahren wurde eine heftige Diskussion darüber geführt, ob eine solche Störung lebensgeschichtlich, durch einen inneren Konflikt oder erlerntes Verhalten entstehen könnte oder ob diese Erkrankungen mit Transmitterstörungen im Gehirn zu erklären sind.

In den diagnostischen Klassifikationen, wie z. B. dem in Deutschland überwiegend benutzten **ICD 10**, spielt das heute keine große Rolle mehr, es wird lediglich darauf hingewiesen, dass der Beginn der meisten Episoden mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen ist, ohne hier weiter Ursachenforschung zu betreiben. Unterschiedliche Erklärungsansätze werden dann von den neurobiologischen Schulen der Psychiatrie, den tiefenpsychologischen Schulen oder den verhaltenstherapeutischen Ansätzen geliefert.

Dementsprechend entwickelt sich daraus auch die weitere Behandlung, einem schwer depressiven Patienten ist sicherlich nicht mit einer reinen psychotherapeutischen Behandlung zu helfen, ebenso wenig wie eine rein medikamentöse Behandlung ohne ausführliche Anamnese empfohlen werden kann. Wichtig ist auch immer eine ausführliche körperliche Untersuchung, da auch diverse organische Erkrankungen affektive Symptome auslösen können.

Die Einteilung der affektiven Störungen liegt zwischen den beiden Polen der Manie und der Depression. Es gibt reine Formen der Manie oder der Depression, es gibt aber auch immer wieder auftretende Episoden, bei denen die Patienten von gehobener zu gedrückter Stimmung wechseln. Es können einzelne Episoden mit psychotischem Erleben auftreten oder es können sich auch anhaltende Stimmungsstörungen entwickeln, die jahrelang den größten Teil des erwachsenen Lebens bestehen und beträchtliches Leid und Beeinträchtigung mit sich bringen können.

Am Beispiel der Manie und der Depression sollen hier die extremen Pole der affektiven Störungen beispielhaft erläutert werden.

21.1 Depression

Depression beschreibt zunächst nur eine gedrückte Stimmung. Im allgemeinen Sprachgebrauch benutzen die Patienten dieses Wort, um Trauer, Melancholie oder einen Verlust zu beschreiben. Depression in diesem Sinne ist die für uns nachvollziehbare Trauer z. B. beim Verlust eines Angehörigen. Stüt-

zung und das Einfühlen in das Gegenüber helfen üblicherweise dabei, den Verlust zu verarbeiten und führen dann auch zum Abklingen der Beschwerden. Ist die Trauer übermäßig verlängert, von überstarker Intensität oder treten zusätzliche körperliche Beschwerden auf, kann nach der Lehrmeinung der tiefenpsychologischen Schulen von einem unbewältigten Konflikt ausgegangen werden. Weitere Stichworte, die in diesem Zusammenhang oft benutzt werden, sind: depressive Neurose, reaktive Depression, depressive Reaktion oder auch depressive Konfliktreaktion.

Davon abzugrenzen ist die Art von Depressionen, die in älteren Lehrbüchern oft auch als **endogene**, von innen kommende Depressionen bezeichnet werden. Der Patient ist gedrückt bei einer Verminderung des Antriebs und überhaupt bereitet ihm jegliche Aktivität Mühe. Ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfungsgefühle schon nach der kleinsten Anstrengung sind vorhanden. Trotz der Müdigkeit finden die Betroffenen keinen Schlaf oder werden schon nach wenigen Stunden wieder wach. Dinge oder Tätigkeiten, die sonst Freude gemacht haben, lösen jetzt nichts mehr aus; ein typischer Satz in diesem Zusammenhang ist: »Ich fühle gar nichts mehr‹ Schon bei leichteren Formen der Depression ist das Selbstvertrauen, das Selbstwertgefühl beeinträchtigt, hinzu kommen Schuldgefühle, Gedanken der Wertlosigkeit, für niemanden eine Wichtigkeit zu haben. Diese Stimmung ändert sich über die Tage wenig.

Zusätzlich findet man auch oft das sog. *somatische Syndrom*; in anderen Klassifikationen werden auch Begriffe, wie endogenomorph, vital, biologisch oder melancholisch gebraucht.

Der ICD 10 klassifiziert diesen Begriff beim Vorliegen von mindestens 4 der folgenden Symptome.

Somatisches Syndrom

- Deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten,
- mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, die normalerweise eine Reaktion hervorrufen,
- Früherwachen, 2 Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit,
- Morgentief,
- objektivierter Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet),
- deutlicher Appetitverlust,
- Gewichtsverlust (5 % oder mehr des Körpergewichts im vergangenen Monat),
- deutlicher Libidoverlust.

21.1.1 Therapie

Die medikamentöse Behandlung erfolgt mit der Substanzgruppe der Antidepressiva, hier sind die klassischen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva zu erwähnen oder auch die neueren Substanzgruppen, die SSRI (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer). Die anfangs hohen Erwartungen an die bessere antidepressive Wirksamkeit haben sich nicht in dem erwarteten Ausmaß erfüllt, der Vorteil ist ein anderes Nebenwirkungsprofil, das sich gerade bei älteren Patienten als günstig erwiesen hat. Parallel zur medikamentösen Behandlung sind Gruppentherapieansätze, die die Eigenständigkeit des Patienten betonen und fördern, als sehr hilfreich beschrieben worden. Einzeltherapeutische Ansätze sind abhängig von den dahinter stehenden Therapiekonzepten (Verhaltenstherapie: Stichwort »erlernte Hilflosigkeit« oder tiefenpsychologische Verfahren: Stichwort »Arbeit am unbewussten Konflikt«) und können dementsprechend auch nur schwer beurteilt werden. In den letzten Jahren ist bei schweren Fällen auch die **Elektrokrampftherapie** wieder verstärkt in die Diskussion gekommen, bei therapieresistenten Verläufen wurden hierbei gute Ergebnisse beschrieben.

21.1.2 Pflege bei Depressionen

Der erste Schritt zur Heilung ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum Patienten.

Wie bereits beschrieben, erzeugt das Verhalten depressiver Menschen sehr häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit. Die Art und Weise der depressiven Kommunikation kann uns dazu verführen, dem Patienten mit Ablehnung und Aggression zu begegnen. Beides beeinflusst pflegerisches Handeln. Der bleier-

nen Lähmung der depressiven Antriebslosigkeit folgt oft eine Handlungsunfähigkeit auf Seiten der Helfer. Um dem zu begegnen, ist es notwendig, das **Milieu** so zu gestalten, dass der Depressive sich mit seinem Befinden und Verhalten angenommen fühlt und Einflüsse findet, die sich positiv auf seine Entwicklung auswirken. Dem pflegerischen Handeln sind dementsprechend folgende Ziele zugrunde zu legen:

- die Schaffung einer Umgebung, in der sich der Patient geborgen und sicher fühlt,
- die Herstellung eines Milieus, in dem der Patient sich weder über- noch unterfordert fühlt,
- eine Atmosphäre des geduldvollen Begleitens.

Praxisbox

Der über allem stehende Grundsatz pflegerischen Handelns bei Depressionen ist das beständige Halten einer Balance zwischen Über- und Unterforderung.

Eine gleichmäßige, verlässliche, professionelle, auf gegenseitigem Vertrauen beruhende Beziehung zum depressiven Patienten ist das Hauptwerkzeug der Pflege. Gleichmäßig bedeutet in diesem Falle Beständigkeit im Verhältnis von Nähe und Distanz dem Patienten gegenüber. Dies stellt gewissermaßen den Grundstock pflegerischen Handelns dar. Zugleich ist dies jedoch auch der Schritt, der als der schwierigste erscheint. Es erfordert ein hohes Maß an Geduld und zugleich auch innerer Stärke.

Der Patient ist gefangen in seiner Depression. Es erscheint unmöglich, ihn in seinem Gefängnis der Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit und Trauer zu erreichen. Es gelingt ihm nicht, sich mit eigener Kraft daraus zu befreien. Zugleich ist er sehr empfindsam und verletzbar. Ein *Zuviel* an Nähe führt sehr schnell zur Überforderung. Im Patienten entsteht das Gefühl, dass etwas von ihm verlangt wird, zu dem er sich nicht in der Lage sieht: nämlich Kontakt aufzunehmen und Beziehung herzustellen. Dem Patienten erscheint dies unweigerlich als Bedrohung. Er wird sich in seinem Gefühl, zu versagen, bestärkt sehen. »Was die Menschen von mir verlangen, das kann ich nicht geben. Ich bin nun mal ein Versager‹ Dem Gegenüber steht ein *Zuwenig* an Nähe. Damit wird das Gefühl des *Nichts-wert-seins* unterstützt. »So einen wie mich, den meidet man eben‹ Beides führt dazu, dass er sich wenig angenommen fühlt. Die Folge ist, dass der Patient wenig Chancen hat, aus seinem Schneckenhaus aufzutauchen und sich wieder darin zurückziehen muss.

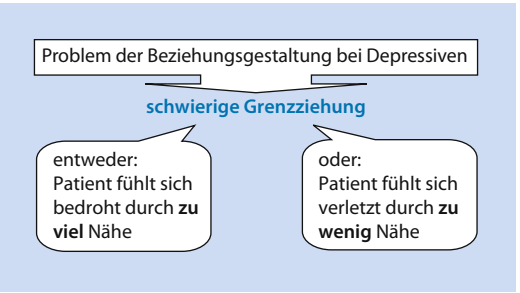


Abb. 21.1. Beziehungsgestaltung bei Depressiven

Pflegerische Beziehungsgestaltung

Akzeptanz

Notwendig für die pflegerische Beziehungsgestaltung ist es, den Patienten mitsamt seiner depressiven Stimmung und seinen negativen Einstellungen zu akzeptieren.

Praxisbox

Gegenübertragung: Die Gefahr, die Gefühle und Haltungen des Patienten zu übernehmen, ist groß. Bei den Betreuenden entstehen oft zwiespältige Gefühle. Sie schwanken zwischen Mitleid, Ablehnung, Zorn und Hilflosigkeit. Entscheidend ist es, einen Einklang zwischen diesen Gefühlen und dem eigenen Handeln zu finden.

Dies sollte sich auch in der Gesprächsführung mit den Patienten zeigen. Es ist davon abzuraten, an ihm zu zerren oder ihn gar mit aggressiven Forderungen anzugehen: »Nun reißen sie sich doch mal zusammen‹ Ebenso ungünstig sind oberflächlich erscheinende Trostformeln: »Kopf hoch, diese Gefühle werden vergehen, das wird schon wieder‹ Hilfreich für den Patienten ist es, aktiv zuzuhören, ihm sein Gesagtes zu spiegeln und ihm v. a. deutlich zu signalisieren, dass man seine Gefühle erkannt hat und ihnen nicht die Berechtigung abspricht (▶ Kap. 7 Gesprächsführung und Kommunikation).

Kein Aktionismus – Tatendrang den Möglichkeiten des Patienten anpassen

Ein Versuch, den Ursachen der Niedergeschlagenheit nachzugehen, ist wenig sinnvoll. Der Patient wird davon nicht profitieren. Das gleiche gilt für gut gemeinte Ratschläge. Sinnvoll hingegen ist es, dem Patienten *echtes* Mitgefühl entgegenzubringen; z. B. durch Spiegelung der emotionalen Inhalte. Es ist notwendig, die eigenen Ansprüche immer wieder aus Neue zu überprüfen und sich mit der Frage zu konfrontieren, ob der Patient mit dem Tempo, mit dem *wir* Veränderung wünschen, Schritt halten kann.

Haltgebende Beziehung – Zuwendung geben

Auch hier ist übertriebene Aktion kontraindiziert. Nähe alleine genügt vollkommen. Zeit zu haben, erscheint mitunter ausreichend. Eine vorsichtige Berührung oder gar schweigendes Beieinandersitzen kann dem Depressiven Halt geben.

Vorsichtiges Aktivieren

Oberste Regel hierbei ist, dass dem Patienten jederzeit die Möglichkeit des Rückzugs gegeben wird. In der akuten Phase ist eine Entlastung unbedingt notwendig. Es sollten jedoch so bald wie möglich aktivierende Maßnahmen eingeleitet werden.

1. Es genügt zunächst, auf die Einhaltung eines angemessenen Tag- Nacht-Rhythmus zu achten.
2. Im zweiten Schritt vorsichtige Aktivität anbieten (z. B. Spaziergänge).
3. Im weiteren Verlauf allmähliches Heranführen an Tätigkeiten in der Gruppe.
4. Schließlich regelmäßige Teilnahme an Stationsversammlungen und verschiedenen stationsinternen Gruppenmaßnahmen.

Das Ziel ist, den Patienten geduldig und behutsam aus seinem Gefängnis herauszubegleiten und ihn der Erfahrung zuzuführen, Fähigkeiten zu besitzen, die er glaubte verloren zu haben.

Umgang mit Suizidalität

Entscheidend für die Pflege ist, die Gefährdung frühzeitig einzuschätzen.

Verhaltensänderungen, die auf eine sich entwickelnde Suizidalität hinweisen:

- Äußerung von Suizidgedanken,
- plötzliche Veränderung des Verhaltens ohne ersichtlichen Grund,
- zunehmender Rückzug aus dem Stationsalltag und soziale Isolation,
- Einengung von Interessen und Gedanken.

Die Suizidgefährdung ist besonders groß bei Wiedererlangung des Antriebs und gleichzeitig unverminderter depressiver Gefühle. Gefahr bei Wirkeintritt der antidepressiven Medikation!

Ein entscheidendes Werkzeug der Einschätzung ist die Konfrontation. Das *direkte Nachfragen*. Dem Patienten muss die Möglichkeit angeboten werden, über seine Suizidwünsche und -phantasien zu reden.

Sicherheit hat Vorrang:

- intensiver Austausch mit dem Team und ausführliche Dokumentation,
- engmaschige Betreuung und gezielte Zuwendung,
- Beschäftigungsmöglichkeiten und Gesprächsalternativen anbieten,
- je nach Grad der Gefährdung *»gefährliche Gegenstände«* – in Absprache mit dem Patienten – aus dem Zimmer entfernen,
- auf Beibehaltung einer ruhigen und entspannten Atmosphäre auf Station achten,
- möglicherweise Verlegung auf eine geschlossene Station.

21.2 Manie

In der Vorform einer Manie, der sog. Hypomanie, findet man ein Verhalten, das im Grenzbereich zur Krankheit steht, für den Betroffenen und auch für die Umgebung oft noch nicht als Krankheit erkennbar ist, sondern eher als »gut drauf« betrachtet wird.

Eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung mit gesteigerter Aktivität – körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sind gekoppelt mit einem Gefühl des Wohlbefindens. Erkennbar sind Suche nach Geselligkeit, Gesprächigkeit, oft auch eine gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis. In sol-

chen Situationen neigen Menschen dazu, sich etwas zu kaufen, was sie nicht brauchen, wagen sich auch schon mal an Geschäfte heran, die zumindest risikohafter sind, als es sonst ihrem Charakter entspricht. Handelt es sich um eine Persönlichkeit, die sowieso eher zu einem nach außen orientierten Handeln neigt, wird man eine solche Störung nicht als Störung identifizieren können. Möglicherweise fällt eine gewisse Ruhelosigkeit auf, oder die Stimmung kippt vom Wohlbefinden in eine gewisse Reizbarkeit.

Mit der ausgeprägten Manie gibt es kaum Schwierigkeiten diagnostischer Art. Die Stimmung passt jetzt nicht mehr zur Situation und kann blitzschnell wechseln von ungehemmter Fröhlichkeit zu Reizbarkeit und Zorn. Die Gesprächigkeit ist zu einem Rededrang geworden, der nicht mehr gestoppt werden kann. Die Gedanken des Patienten hüpfen und springen, seinen Gedanken kann man im Kontakt nicht mehr folgen (**Ideenflucht**), die Patienten selber sprechen oft von Gedankenrasen. Pläne, Ideen – manchmal wirken sie brillant – werden entworfen und sofort wieder verworfen. Die gesteigerte Aktivität und Ruhelosigkeit machen den Patienten nur schwer ertragbar, auch zum Schlafen ist er nicht mehr in der Lage, braucht auch subjektiv des Schlaf nicht mehr. Der Verlust von Hemmungen, bei gesteigerter Libido, führt oft zu problematischen und unangemessenen Verhaltensweisen. Angehörige beschreiben das dann als persönlichkeitsfremd, als wäre der Charakter ausgetauscht worden.

Kasuistik

Als Beispiel mag die erste Begegnung mit einer Manikerin dienen, die auf die höfliche Frage, ob ihr der Arzt Blut abnehmen könne, sich die Kleidung vom Leib riss und sagte: »Ja, nimm mich!«

Auch die Selbsteinschätzung bei diesen Patienten ist überhöht, was bis zum Größenwahn führen kann. Risiken sind nicht mehr einschätzbar, sodass es in diesen Phasen vermehrt zu Unfällen kommen kann. Da die Krankheitseinsicht ebenfalls nicht vorhanden ist, kommt es meist erst dann zu einer Behandlung, wenn die Patienten in einem solchen Maß auffällig wurden, dass eine Einweisung, ggf. eine Zwangseinweisung, nicht mehr zu vermeiden ist.

Bei der Manie mit psychotischen Symptomen können auch Halluzinationen auftreten. Oft sind es Stimmen, die zum Patienten sprechen. Auch kann die innere Erregung, das Gedankenrasen oder die körperliche Aktivität so ausgeprägt sein, dass eine Kommunikation nicht mehr stattfinden kann.

21.2.1 Therapie

Die hohe Getriebenheit und die psychotischen Symptome machen eine Behandlung mit Neuroleptika erforderlich. Eingesetzt werden hochpotente, die beim Wahnsystem ansetzen sowie niedrig- bis mittelpotente Neuroleptika, um eine Sedierung herbeizuführen. Gerade bei bipolaren Erkrankungen, also dem Wechsel zwischen Manie und Depression, muss evtl. auch schon frühzeitig mit Antidepressiva behandelt werden, um ein Umschwenken in eine Depression aufzufangen – die meisten Antidepressiva benötigen eine »Anlaufzeit« von ca. 2 Wochen bis sie wirksam werden.

21.2.2 Pflege bei Manie

Die ungezügelte Energie, die unentwegte Umtriebigkeit und das permanente Schwanken zwischen Euphorie und Gereiztheit scheinen sich dem Einfluss der Umgebung zu entziehen. Der Patient wirkt kaum oder überhaupt nicht erreichbar. Den Betreuenden erwächst ein Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit. Die Angriffslust macht Angst, die entweder lähmt oder zu aggressivem Verhalten – dem Gegenangriff – reizt. Dem gegenüber steht die Notwendigkeit, die Mitpatienten, den Maniker, das Team und letztlich sich selber zu schützen. Bei manischen Patienten ist die Verführung sehr groß, die Aggressivität auf sich übertragen zu lassen und entsprechend zu handeln. Es ist eine Milieugestaltung notwendig, die die Handlungsfähigkeit des Teams erhält. Gleichzeitig muss sie allgemeinen Schutz bieten und eine Atmosphäre erzeugen, in der ein allmähliches Heranführen an allgemeingültige Normen und Regeln möglich ist.

Dem pflegerischen Handeln müssen folgende Ziele zugrunde gelegt werden:

- die Schaffung einer Struktur, in der der Patient für alle verbindliche Regeln erlebt,
- ein für alle verlässliches Aufzeigen von Spielräumen,
- Mitpatienten erfahren Schutz,
- Herstellung einer Atmosphäre, die es dem Patienten ermöglicht, zur Ruhe zu kommen.

Praxisbox

Im Akutfall sind die Möglichkeiten, einem Maniker zu begegnen, eher begrenzt. Hier gilt es vor allen Dingen, den Patienten vor sich selber zu schützen. Speziell in der Anfangsphase ist die Isolierung oft das einzig verbleibende Mittel.

Gleichbedeutend ist jedoch auch der Schutz der Mitpatienten. Bei sehr empfindsamen Patienten – z. B. Depressive oder *frisch* stabilisierte Psychotiker – kann die hohe, zügellose und v. a. zumeist ziellose Energie, die sich beständig in alle Richtungen ausbreitet, verbunden mit einem permanenten Geräuschpegel oftmals zur Dekompensation führen.

Aber auch vor gezielten Übergriffen seitens des manischen Patienten, ob diese nun sexueller Natur oder sonstwie geartet sind, müssen Mitpatienten unbedingt geschützt werden.

Pflegerische Interventionen

Gesteigerter Antrieb

Auf die körperlichen Grenzen des Patienten muss geachtet werden. Ihm selber mangelt es an einer adäquaten Einschätzung seiner Kräfte. Wichtig ist v. a. den Patienten von Handlungen abzuhalten, die er später bereuen würde. Im weiteren Krankheitsverlauf ist es sinnvoll, ihm kleine stationsbezogene Aufgaben zu übertragen – wobei eine Begleitung dabei unabdingbar ist.

Ideenflucht

Jeder Außenreiz führt zu einer Flut neuer Einfälle. Die Schaffung eines reizarmen Klimas ist hier die oberste Regel. Zugleich ist, abhängig vom Grade der Denkstörung, eine Strukturierung der alltäglichen Handlungen des Patienten notwendig.

Unangemessene Geldausgaben verhindern

Das kann z. B. bedeuten, dass Telefonate oder Besuche eingeschränkt bzw. kontrolliert werden müssen. In manischen Phasen kommt es vor, dass sich Patienten finanziell ruinieren.

Sexuelle Kontakte

Diese sollten in jedem Falle verhindert werden, insbesondere wenn Mitpatienten hiervon betroffen wären. Ziel ist nicht nur der Schutz der Mitpatienten sondern auch der des Manikers. Die mit der Manie einhergehende Enthemmung spiegelt fast nie die Werte und Normen wider, die in den gesunden Phasen gelten.

Störung der Nachtruhe

Die unermüdliche Betriebsamkeit des Patienten reicht in der Regel bis tief in die Nacht hinein. Es bleiben, wenn überhaupt, zumeist nur wenige Stunden Schlaf.

Wichtig ist eine ausführliche Dokumentation. Der Versuch, den Patienten zur Bettruhe zu zwingen ist in den meisten Fällen zwecklos. An dieser Stelle ist Spielraum zu gewähren. Allerdings ist der Schutz der Mitpatienten hier von hoher Bedeutung.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Definieren Sie den Begriff affektive Störungen! (Vorbemerkung)
- Beschreiben Sie das depressive somatische Syndrom! ▶ Kap. 21.1
- Was ist bei der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit Depressiven zu beachten? ▶ Kap. 21.1.2
- Welche Verhaltensänderungen weisen auf eine sich entwickelnde Suizidalität hin? ▶ Kap. 21.1.2
- Nennen Sie einige Symptome der Manie! ▶ Kap. 21.2
- Nennen Sie pflegerische Interventionen bei der Manie! ▶ Kap. 21.2.2

Literatur

Helmchen H, Lauter H, Henn F et al (Hrsg) (2000) Psychiatrie der Gegenwart – Schizophrene und affektive Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Köhler T (1999) Affektive Störungen. Kohlhammer, Stuttgart

Kors B, Seunke W (2001) Gerontopsychiatrische Pflege. Urban & Fischer, München

22 Pflege bei posttraumatischen Störungen

Ruth Ahrens

22.1 Definitionen und Klassifizierung – 298

22.2 Ursachen – 299

22.3 Krankenbeobachtung – 300

22.4 Neurobiologische Veränderungen und deren Auswirkung im (stationären) Alltag – 300

22.4.1 HPA-Achse und noradrenerge Veränderungen – 300
22.4.2 Serotonin als Beispiel für Neurotransmittermutation – 302
22.4.3 Dauerhafte Veränderungen der Gehirnstrukturen – 302

22.5 Alternativen zum selbstverletzenden Verhalten – 305

22.6 Umgang mit Menschen nach Selbstverletzung – 306

Literatur – 307

In Kürze

Menschen, die eine traumatische Erfahrung gemacht haben, erkranken nicht automatisch an einer **posttraumatischen** Störung. Dazu müssen noch andere Faktoren vorliegen, wie die psychophysische **Vulnerabilität** und ein spezifischer Interaktionsstil in Beziehungen. Weil letztgenannte Faktoren bei sehr vielen Menschen vorkommen, leiden auch viele Menschen unter posttraumatischen Störungen. In diesem Kapitel wird eher von traumatischem und posttraumatischem **Stress** als von posttraumatischer Störung gesprochen, denn die Reaktion von Gehirn, Organismus und Seele sind Bewältigungsversuche auf traumatisierende Bedingungen, die in Fehlanpassungen an normale Umweltanforderungen münden können. Die Störungen resultieren daraus, dass das Alltagshandeln von dem posttraumatischen Stress stark beeinflusst sein kann.

Es werden die Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren von (post-)traumatischem Stress besprochen und im Kontext der neurobiologischen Veränderungen im Gehirn von Betroffenen diskutiert. Es wird eine Übersicht über die Symptome von traumatischem Stress und Bewältigungsverhalten, wie selbstverletzendes Verhalten, gegeben. Pflegerische Maßnahmen werden besprochen und auf ihre Sinnhaftigkeit hin diskutiert.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- Einblick in die Problematik von traumatischem Stress und können diese erläutern
- allgemeine Kenntnisse über Verhaltensmuster bei Patienten mit traumatischem Stress
- Einblick in die verschiedenen Aspekte, die bei der stationären Pflege von Menschen mit traumatischem Stress berücksichtigt werden müssen
- Einblick in die Faktoren, die posttraumatischen Stress im stationären Umfeld verstärken können
- Kenntnisse über Alternativen zum selbstverletzenden Verhalten
- Wissen darüber erworben, wie man adäquat mit Menschen nach selbstverletzendem Verhalten pflegerisch umgehen kann

Vorbemerkung

Der Begriff *traumatischer Stress* bezieht sich auf einen Zustand der Starre, der Menschen in gefährlichen Situationen handlungsunfähig macht. Sie sind nicht fähig zu fliehen oder zu kämpfen, sondern gezwungen eine augenscheinliche Unmöglichkeit zu vollbringen: in der bedrohlichen Situation zu verbleiben *und* zu überleben.

Traumatischer Stress kann Ursache bzw. Begleiterscheinung vieler psychiatrischer Erkrankungen sein, wie Angsterkrankung, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und andere Persönlichkeitsstörungen.

22.1 Definitionen und Klassifizierung

Fischer und Riedesser definieren die traumatische Erfahrung wie folgt:

Definition

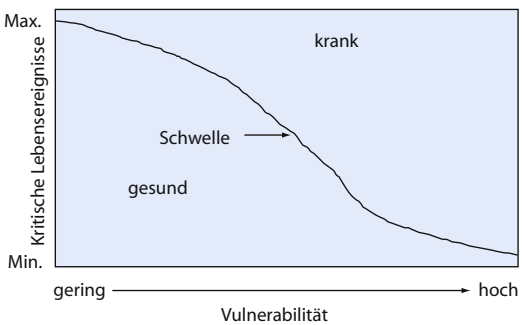
»Ein psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.« (Fischer u. Riedesser 1999, S. 79)

Was in diesem Kapitel mit posttraumatischer Störung gemeint ist, bezieht sich auf die Gefühle von schutzloser Preisgabe und die Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis, in dem Sinne, dass es ein unterschiedliches Erleben der Person von sich und der Welt vor und nach traumatischem Erleben gibt: zwei Welten, die sich massiv voneinander unterscheiden. Allerdings erinnern sich schwerst- und frühtraumatisierte Menschen manchmal nicht an eine Zeit »davor«, das Trauma wird Teil der Persönlichkeitsentwicklung. Selbst- und Weltverständnis formen sich dann so aus, dass die Welt nicht als ein sicherer, handhabbarer Ort verstanden wird. Das Kohärenzgefühl der Person ist erschüttert (vgl. Salutogenese, Kap. 3.3).

Von Zubin und Spring (1977) wurde die psychophysische Vulnerabilität (Verletzlichkeit) erstmals für die Schizophrenie beschrieben und wird heute für viele psychische Erkrankungen als Erklärungsmodell herangezogen. Verschiedene ätiologische Faktoren, wie eine genetisch/organische Vorbelastung (z. B. kann Krankheit, Drogen-/Alkoholabhängigkeit das embryonale Gehirn in seiner Entwicklung beeinflussen), sowie die o. g. Risikofaktoren können die Vulnerabilität erhöhen. Zusätzliche Stressoren, wie traumatische Erlebnisse, erhöhen die Vulnerabilität, Fähigkeiten der Bewältigung (Coping) verringern sie. Zu diesen Bewältigungsfaktoren gehören auch sichere, stabile Bindungsbeziehungen. Je höher jedoch die Vulnerabilität eines Menschen ist, umso eher reichen geringe Lebensereignisse aus, um eine psychische Störung oder Krankheit zu verursachen. Je geringer die Vulnerabilität ist und je größer die Fähigkeiten zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse sind, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung oder Erkrankung auszubilden (◘ Abb. 22.1).

Schutzfaktoren sind:

- Feinfühligkeit der Bezugspersonen, positive Interaktionen
- sichere Bindungsbeziehungen
- wenigstens durchschnittliche Intelligenz
- die Fähigkeit, sich positiv auf andere Menschen einzustellen
- Unterstützung von Außen (Kirche, Großeltern, Lehrer etc.)
- Herausforderungen, die bewältigt werden können



◘ **Abb. 22.1.** Vulnerabilität (n. Zubin u. Spring, 1977)

Zu den *Risikofaktoren*, die zu einer posttraumatischen Störung beitragen können, gehören:

- Stress-Vulnerabilität,
- unsichere, gleichgültige/nicht liebevolle Bindungserfahrungen, häufig wechselnde Bezugspersonen, Verlust von Bezugspersonen,
- überforderte Bezugspersonen (z. B. durch Arbeitslosigkeit, Scheidung der Eltern, Drogenmissbrauch, psychische Erkrankung, Teenager-Eltern),
- Vernachlässigung, Ablehnung,
- starker und extremer Stress.

Die Lebenszeit-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt je nach Untersuchungsmethode und untersuchter Bevölkerungsgruppe zwischen 1 und 14 %. Studien mit Zeugen/Überlebenden von Katastrophen (z. B. Zeugen des Challenger-Absturzes, Überlebende der Ramsteiner Flugkatastrophe 1988 sowie Überlebende der Terroranschläge vom 11. September 2001) zeigen Prävalenzraten von 3–58 % (Streeck-Fischer et al., 2002). Laut DSM IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen) sind die wichtigsten Faktoren bei der Ausbildung einer PTSD (»posttraumatic stress disorder«) die Schwere und Dauer des traumatischen Ereignisses sowie die Nähe des Individuums zum traumatischen Geschehen. Die neurobiologischen Veränderungen, die mit den psychischen Veränderungen einhergehen, sind zwei Aspekte der komplexen, ganzheitlichen Reaktion von Menschen auf Traumen. In diesem Zusammenhang ist die Benennung posttraumatische Störung möglicherweise nicht exakt genug, posttraumatische Stressverarbeitungsstörung wäre wohl die genauere Bezeichnung.

22.2 Ursachen

Deutlicher als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wird bei posttraumatischen Störungen unterstellt, dass es eine spezifische Ursache gibt, ein Trauma, bzw. Diskrepanzerlebnis. Dazu zählen u. a. militärische Kämpfe, gewalttätige Übergriffe (psychische, körperliche und sexuelle Gewalt), als Geisel genommen werden, Opfer terroristischer Angriffe zu sein, Folter, Gefangennahme (als Kriegsgefangener, Konzentrationslager), Raubüberfälle, natürliche

Katastrophen oder von Menschen erzeugte (Autounfälle etc.), eine lebensbedrohliche Krankheit zu haben, Erfahrungen von Vernachlässigung, Willkür usw. Bei Kindern und Erwachsenen können Traumatisierungen durch unangemessene sexuelle Kontakte mit und ohne Androhung von Gewalt und Verletzung vorkommen. Bei allen hier genannten Erfahrungen kann das Mitansehen-müssen zur Traumatisierung führen.

Nicht jeder Mensch, der ein Trauma erlebt, entwickelt eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, oft auch abgekürzt mit PTSD).

Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Risikofaktoren, traumatischem Stress und der Entwicklung einer posttraumatischen Störung.

22.3 Krankenbeobachtung

Insbesondere lassen sich die folgenden Symptome bei Menschen mit PTSD beobachten.

Es kommt zu Intrusionen, das sind Gedanken und Erinnerungen an das traumatische Ereignis, die sich ungewollt aufdrängen. Dies geschieht in Alpträumen, in sich tagsüber aufdrängenden, traumabezogenen Vorstellungen, sowie in sog. **Flash backs** (traumabezogene Erinnerungsbilder, die als real empfunden werden). Dadurch entstehen intensive, immer wiederkehrende traumabezogene Emotionen. Physiologisch hält sich durch diese intrusiven Erlebnisse eine körperliche Angst- und Schreckreaktion dauerhaft aufrecht. Diese kann durch verschiedene Sinneseindrücke **getriggert** werden, z. B. durch das Knacken einer Treppenstufe, was zu einschießenden, starken inneren Spannungen führt, die nicht situationsadäquat abgeführt werden können. Manchmal fühlen die Betroffenen nicht nur so, als ob das traumatische Ereignis anhält, sondern handeln auch so. Die starke Anspannung ihrerseits führt regelrecht in einen Teufelskreis, weil sie zu Hyperaousal (übermäßige innere Erregung) führt, die mit Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Gefühlsausbrüchen und erhöhter Wachsamkeit einhergeht. Nachvollziehbar führt dieses Erleben zu dem Versuch, traumabezogene Erinnerungen und Gefühle zu vermeiden. Dies kann einerseits zu sozialem Rückzug führen, andererseits auf physiologischer Ebene zu Gefühlen von emotionaler Taubheit (»numbness«), Entfremdung und zu mnestischen Lücken (Vergessen des Traumas).

Bei Kindern kann ein desorganisiert wirkendes oder **agitiertes** Verhalten ein Hinweis auf ein traumatisches Erlebnis sein. Kinder spielen manchmal auch das Erlebte nach, sie leiden ebenfalls unter Ein- und Durchschlafstörungen, unter Alpträumen und versuchen auch Aktivitäten, Orte, Gespräche usw. zu vermeiden, die Erinnerungen an das Trauma wieder beleben können.

Die Symptome der PTSD bilden sich meist innerhalb von 3 Monaten nach dem Trauma aus. Je früher ein Trauma lebensgeschichtlich beginnt und je mehr es durch zwischenmenschliche Interaktionen bedingt ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich neurobiologische Anpassungen heranbilden (Teicher et al, 1993; Tanev, 2003).

Gerade weil psychiatrische Pflege ein überwiegend zwischenmenschlicher Prozess ist, müssen diese Faktoren und diese Aspekte bekannt und berücksichtigt werden, um sie in die Krankenbeobachtung mit einzubeziehen und um eine Re-Taumatisierung durch die stationäre Behandlung zu verhindern.

22.4 Neurobiologische Veränderungen und deren Auswirkung im (stationären) Alltag

22.4.1 HPA-Achse und noradrenerge Veränderungen:

Die HPA-Achse (»*h*ypothalamus-*p*ituitary-*a*drenal-axis« = Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) und das noradrenerge System regulieren die menschliche Reaktion auf Stress (◘ Abb. 22.2). Bei Menschen mit posttraumatischem Stress wurden normale bis erniedrigte Glukokortikoidwerte gemessen (Erschöpfung der Stressreaktion). Diese führen zu einer verminderten Bewältigung von akutem und starkem Stress. Obwohl die Glukokortikoidwerte bei Menschen mit PTSD normal bzw. erniedrigt sind, zeigten die untersuchten Probanden immer noch die Hochstressreaktion im noradrenergen System. Bei chronischem, traumatischem Stress bewirkt

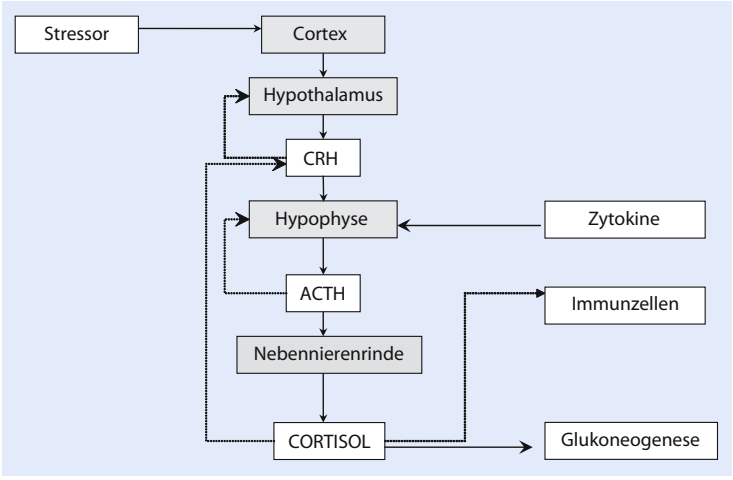


Abb. 22.2. Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Duchgezogene Pfeile bedeuten fördernde, freisetzende Wirkungen, gestrichelte Pfeile hemmende Wirkungen

die Stressreaktion auch eine Immunsuppression, was zu einer erhöhten Infektanfälligkeit führt.

Dies entspricht dem anhaltenden inneren Alarmzustand der Betroffenen; geringe Stressoren reichen bereits aus, ein extremes **Hyperarousal** auszulösen, das mit emotionaler Verflachung oder emotionaler Überflutung einhergehen kann.

Der innere Alarmzustand macht es Betroffenen schwer, sich auszuruhen, zu entspannen oder zu schlafen. Sie sind infektanfälliger, tendieren zu Kopfschmerzen und neigen zu häufigen Unfällen.

Der hohe Adrenalin-/Noradrenalin-Spiegel wird auch mit dem hohen Angstpegel in Verbindung gebracht, der oft mit anxiolytischen Medikamenten (Cave: Benzodiazepine) behandelt wird.

In der Pflege müssen wir dieses Wissen präsent haben, v. a. für unkontrollierbare Belastungen, die durch die stationäre Behandlung entstehen. Hier versuchen sich die Patienten (normales bzw. erniedrigtes Kortisol) zunächst anzupassen. Sie zeigen keine Zeichen von Überforderung oder Hilflosigkeit, können aber dennoch überfordert sein. Ein Verstoß gegen starre Behandlungsrichtlinien oder gegen ein restriktives Setting kann in diesem Sinne auch positiv als eine Besserung der Symptome verstanden werden. Die Patienten neigen dazu, ihre negativen Gefühle zu verbergen, weil sie negative Konsequenzen befürchten. Äußerungen über Gefühle sollten deshalb nicht bagatellisiert, trivialisiert oder sanktioniert werden, sondern als gültige, berechtigte Reaktionen angesehen werden.

Praxisbox

Betroffene reagieren hypersensibel v. a. auf nonverbale (bewusste und unbewusste) Mitteilungen von der Umwelt, was Hyperarousal auslösen kann.

Bei erniedrigtem Kortisol kann Hyperarousal zu einer emotionalen Grundlinie nur sehr schwer moduliert werden.

Praxisbox

Alle Erwartungen, die an die Patienten gestellt werden, sollten darum auf deren Fähigkeit, Stress zu bewältigen, abgestimmt werden.

Möglichkeiten kontrollierter Entspannung, wie Tai Chi, Chi Gong, Bogenschießen, therapeutisches Reiten, Aromapflege etc.) helfen, auch in der Entspannung Kontrolle zu bewahren.

Praxisbox

Vorsicht bei Verfahren, wie Progressiver Muskelentspannung und autogenem Training, hier kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen

▼

kommen, wenn Patienten z. B. mit geschlossenen Augen Depersonalisationsphänomene (Entfremdungszustände) erleben, in Flash backs oder Intrusionen geraten und der Übungsleiter dies nicht merkt und darum nicht gegensteuern kann.

Praxisbox

Das erniedrigte Serotonin wird häufig mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) oder anderen Antidepressiva behandelt. Dies kann zu einem Anstieg des Körpergewichtes führen und die Körperwahrnehmung weiter beeinträchtigen.

Insgesamt sind kontrollierbare Entspannungsangebote vorzuziehen, auch weil sie den Betroffenen helfen, sich selbst zu beruhigen und anxiolytisch wirken können. Bei Benzodiazepinentzug sollten diese oft und geduldig mit Patienten geübt werden.

Aspekte der Ernährung aufzugreifen, kann die Infektanfälligkeit verringern. Die Patienten zum Sport zu ermutigen, kann helfen die Körperreaktion auf Stress abzubauen. Achtsamkeitsübungen können helfen, Unfälle zu verhüten und Emotionen auszuhalten.

22.4.2 Serotonin als Beispiel für Neurotransmittermutation

Der Serotoninspiegel ist bei PTSD-Patienten signifikant erniedrigt (Streeck-Fischer et al., 2002; Van der Kolk et al., 2000; Fischer u. Riedesser, 1999)

Der erniedrigte Serotoninspiegel wird mit der depressiven Stimmung, der verminderten Merkfähigkeit und dem verminderten Schmerzempfinden in Verbindung gebracht.

Bei Letzterem scheint die Körperwahrnehmung Zustände emotionaler Anästhesie (Entfremdungserleben, Depersonalisation) widerzuspiegeln.

Andere Gefühle, die mit erniedrigtem Serotonin in Verbindung stehen, sind Aggressivität, Feindseligkeit, Reizbarkeit und Impulsivität. Diese Gefühle auszuhalten ohne sie auszuleben, erfordert ein hohes Maß an Kontrolle, die schwer aufzubringen ist. Viele Patienten richten diese Gefühle in ihrer Not gegen sich selbst, oft führt intensiver Selbsthass zu selbstverletzendem Verhalten.

Hier gilt es, in der Pflege beständig zu reflektieren und der Versuchung zu widerstehen, Symptome auf der Beziehungs- oder Appellebene aufzufassen.

Die Etablierung einer Sicherheit vermittelnden Arbeitsbeziehung ist von größter Bedeutung.

Wenn Patienten, Angehörige und Mitpatienten darüber aufgeklärt werden, dass diese Gefühle auch aus Symptomen gespeist werden, kann sich dies sehr entlastend auswirken. Wegen der verminderten Merkfähigkeit kann es nützlich sein, z. B. Termine immer auch schriftlich vorzumerken. Die Körperwahrnehmung kann auf vielfältige Weise stimuliert werden, z. B. durch Liegen in einer Hängematte, baden, barfuss gehen, Bäume oder Menschen umarmen, Tiere streicheln, joggen, evtl. schwimmen etc. Auf die mögliche Gewichtszunahme sollte mit Ernährungsberatung und -umstellung reagiert werden. Um mit den starken Gefühlen umzugehen, empfiehlt es sich hier, mit dem Skills-Training von Linehan (1996) zu beginnen, speziell den Übungen zur Emotionsregulation. Alle Interventionen, die dazu geeignet sind, die Patienten aufzuheitern und zum Lachen zu bringen, sind hilfreich beim Gestalten der Erfahrung, dass es positive Gefühle gibt und diese auch häufiger werden können.

22.4.3 Dauerhafte Veränderungen der Gehirnstrukturen

Magnetresonanzuntersuchungen haben zeigen können, dass es bedeutsame Veränderungen im Gehirn von PTSD-Betroffenen geben kann (Bremner et al., 1995; Bremner, 2002; Koenen et al., 2001; Schore, 2002; Shalev et al., 1999; Van der Kolk et al., 2000).

Amygdalae

Die Amygdalae zeigen bei Betroffenen eine **Hypersensitivität**. Die Aufgabe der Amygdalae ist es, Außenreize auf Gefahren hin zu verarbeiten. Bei Hypersensitivität ist es nachvollziehbar, dass bereits ein geringer Stress ausreicht, um eine Alarmsituation im Gehirn auszulösen. Van der Kolk (1998) beobachtete auch die Vereinseitigung des Gehirns (Lateralisierung), was heißt, dass bei den untersuchten Probanden in Stresssituationen nur eine Amygdala überhaupt Aktivitätszeichen zeigte. Dies kann erklären, warum die Realitätsprüfung für die Patienten in anstrengenden Situationen so schwierig ist. Die Reizschwelle für bedrohliche Stimuli ist signifikant gemindert. Die Amygdalae spielen wohl auch eine Rolle in der Konditionierung von Angstzuständen. Teicher et al. (1993) fanden heraus, dass das limbische System durch schwere, interpersonale Traumata bei Kindern in seiner Entwicklung gehemmt wird, was erklären könnte, warum bei vielen Probanden die Amygdalae-Volumina verringert waren. Untersuchungen zeigten die Hyperaktivität der Amygdalae, was die Hyperarousals erklärt und verstehbar macht, wie schwierig diese für Patienten zu modulieren sind.

Aus dieser Perspektive wird vieles von der feindseligen, ängstlichen und aggressiven Haltung bei Veränderungen in der Therapie oder Bezugspflege nachvollziehbar.

Praxisbox

Pflegeinterventionen werden darum verstärkt darauf abzielen, den Patienten vorausschauend bei der Einschätzung von Stressoren zu helfen.

Linehans Übungen zur Stresstoleranz können hierbei eine Hilfe sein.

Broca-Zentrum

Das Broca-Zentrum ist wesentlich für die verbale Wiedergabe visueller Eindrücke zuständig. Magnetresonanzuntersuchungen haben gezeigt, dass bei PTSD-Betroffenen unter Stress die Funktion des Broca-Zentrums beeinträchtigt ist (Bremner et al., 1995 u. 1997 u. 1999; Van der Kolk, 2000). Gleichzeitig ist z. B. bei Flash backs und Intrusionen der visuelle Kortex verstärkt aktiv. Darum haben Betroffene so große Schwierigkeiten, sich über die Inhalte der Bilder, denen sie ausgeliefert sind, mitzuteilen. Auch in stressigen Alltagssituationen erschwert die Situation im Broca-Zentrum die Mitteilung darüber, welche Gefühle im Augenblick am stärksten sind.

Hierbei ist es nicht hilfreich, wenn die Pflegeperson darum bittet, die belastenden Inhalte verbal mitzuteilen, sondern vielmehr, die Verhaltensbotschaften zu entschlüsseln, wie z. B. das selbstverletzende Verhalten als Ausdruck eines sehr qualvollen inneren Erlebens zu verstehen.

Da sich diese Situation in Gehirn über Jahre herangebildet hat, ist es wahrscheinlich, dass auch Veränderungen von symbolischer zu verbaler Kommunikation Zeit, Geduld und konsequente Übung brauchen.

Hippocampus

Der verkleinerte Hippocampus spielt eine wichtige Rolle bei der Stressreaktion. In dieser Hirnregion findet sich eine hohe Dichte von Glukokortikoidrezeptoren (Fischer u. Riedesser, 1999; Koenen et al., 2001; Yehuda et al., 1991). Deren degenerative Mutation bei PTSD-Betroffenen hat zur Vermutung geführt, dass die hohen Kortisolspiegel während akuter Stresszustände Neuronen und Synapsen zerstören (Yehuda et al., 1991; Van der Kolk et al., 2000). Der Hippocampus wird als der Ort des prozeduralen und mnestischen Gedächtnisses betrachtet. So kann gefolgert werden, dass das geringere Hippocampus Volumen für die lebensgeschichtlichen Erinnerungslücken verantwortlich ist, sowie mit den Schwierigkeiten zu tun hat, Neues zu erlernen und Informationen zu erinnern (Bremner et al., 1997; Streeck-Fischer et al., 2002). Kognitive Prozesse werden statt im Kortex und Neokortex (wo Sprache und Denken verortet sind) in subkortikalen Strukturen und im limbischen Regionen verarbeitet.

Dies kann erklären, warum Rationalität, Bewertung, Entscheidungen, Konzentration und das Beenden von Aufgaben beeinträchtigt ist, der Fokus auf nonverbaler Information liegt und es in Verbindung mit der Hypersensitivität sehr schwierig macht, innere Zustände sprachlich mitzuteilen.

Praxisbox

Diese Erkenntnisse können dazu beitragen, Pflegesituationen hilfreich zu gestalten, denn es wird deutlich, dass Informationen in kleinen Einheiten gegeben werden sollten und häufig wiederholt und auch niedergeschrieben werden können, damit sich der Stress für die Betroffenen reduziert und das Gedächtnis trainiert werden kann.

Eine freundliche, akzeptierende Grundhaltung wird den Stress ebenfalls reduzieren. Auch hier wird deutlich, wie wichtig eine ruhige, gelassene Ausstrahlung ist, z. B. nach selbstverletzendem Verhalten, weil ja ein Fokus der Informationsverarbeitung und -vermittlung der Betroffenen auf der nonverbalen Ebene liegt. Hier liegt auch eine wichtige Ressource, nämlich visuelle Bilder auch zur Heilung einzusetzen, wie dies z. B. bei Imaginationsverfahren geschieht, die helfen Emotionen zu regulieren und zu stabilisieren. Diese Fertigkeit wird auch in dem Skills-Training von Linehan geübt.

Limbisches System

Die o.g. Veränderungen betreffen das limbische System, welches als der Teil des Gehirns angesehen wird, der die Balance zwischen der äußeren Realität und inneren Homöostase steuert. Es wird als das Zentrum der Emotionen betrachtet und Teicher et al. (1993) fanden heraus, dass physischer und sexueller Missbrauch die Entwicklung des limbischen Systems hemmt. Es umfasst die Amygdalae, Hippocampus, Thalamus, Hypothalamus und andere Bereiche und steuert u. a. die Funktion der Hypophyse.

Das limbische System verbindet die Emotion mit dem Gedächtnis und kann bei sehr starkem Stress und in qualvollen Situationen von den Denkfunktionen und dem körperlichen und seelischen Empfinden entkoppeln. Das ist hilfreich, um Schmerzen und Missbrauch überleben zu können.

Der Thalamus gilt als sensorische Relaisstation und ist hauptsächlich an der Auslösung **dissoziativer** Zustände beteiligt, die mit psychischer Taubheit (Numbness) und einer emotionalen und sensorischen Anästhesie einhergehen, z. B. während einer traumatischen Erfahrung oder während getriggerter Erinnerungen. Dissoziative Zustände gehen mit dem totalen Verlust von Kontrolle einher, Betroffene fühlen sich getrennt von ihrem Erleben und von sich selbst entfremdet. Dies ist hilfreich in traumatischen Situationen, um nicht von Emotionen überflutet zu werden, jedoch sehr hinderlich beim Gestalten eines Alltags. Dissoziative Vorgänge können nur mit sehr starken Reizen vorzeitig beendet werden, wie z. B. durch selbstverletzendes Verhalten. Der Beginn von Dissoziationen kann nur schwer kontrolliert oder gesteuert werden, was Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung hervorruft und auch zum Verlust vormals Kraft gebenden Überzeugungen führen kann. Leidvolle Erfahrungen scheinen nicht als Tatsachen abgespeichert zu werden (was die Person schützt), sondern als innere Bilder, die jedoch getriggert ausgelöst werden können und so immer wieder durchlebt werden müssen.

Andererseits kommt es zu Gedächtnisblockaden, die Person kann sich unter Stress nicht erinnern, z. B. auch nicht an hilfreiche Verhaltensweisen oder an Informationen. Dies wird im klinischen Rahmen oft als Agieren oder als provokatives Verhalten missgedeutet.

Diese hier beschriebene Spezialisierung des limbischen Systems, traumatische Erfahrungen zu eliminieren und zu verarbeiten, hat unausweichlich zur Folge, dass es nur schwer auf andere, seltenere Stimuli reagieren kann, wie z. B. sichere Beziehungserfahrungen. Neue Interaktionsmuster, neuronale Verbindungen und synaptische Verschaltungen können sich nur auf der bereits bestehenden Basis etablierter Interaktionsmuster entwickeln.

Neue Entwicklungen im Gehirn werden nur stattfinden können, wenn die klinische Situation pathogenetische (re-traumatisierende) Bedingungen nicht wiederholt, sondern eine durch die Patienten kontrollierbare Situation schafft und genügend Zeit einräumt, damit das Gehirn seine Fähigkeit der Neuroplastizität einsetzen kann.

Zu diesen Bedingungen zählen sehr vorsichtige, fürsorgliche, Schutz bietende und körperbezogene Interventionen (Regie führen) um z. B. dissoziative Zustände zu beenden, wie das Halten der Hand.

Auch ein häufiger Wechsel der Ansprechpartner ist eher als abträglich anzusehen (stattdessen besser Bezugspflege). Eine fürsorgliche, interessierte und von Zuneigung gekennzeichnete Grundhaltung hilft den Patienten, sich sicher zu fühlen (sichere Bindung). Die eigene Psychohygiene der Pflegekraft darf nicht vernachlässigt werden, dazu gehört ebenfalls genügend Zeit für Patientengespräche, den kollegialen Austausch sowie die Supervision. Behandlungen sollten bei Behandlern und Behandelten dafür sorgen, dass beide Seiten vor starkem Stress geschützt sind, wie z. B. durch einen Behandlungsplan, der nicht zu viele therapeutische Aktivitäten hintereinander »abspult«. So kann auch leichter verhindert werden, dass Pflegekräfte die Symptome der Patienten persönlich nehmen.

Praxisbox

Das Interessante und Herausfordernde bei der Pflege und Behandlung von traumatisierten Menschen ist, dass die strukturellen Veränderungen im Gehirn eben nicht mit Psychopharmaka behandelt werden können, sondern neue, Sicherheit gebende Beziehungen neue organische und zwischenmenschliche Interaktionsmuster hervorbringen.

22.5 Alternativen zum selbstverletzenden Verhalten

Die Spannungsreduktion, Rücknahme von dissoziativen Zuständen und Entfremdungserleben wird von Betroffenen oft durch selbstverletzendes Verhalten herbeigeführt. Hier ist es in der Pflege wichtig, Patienten Alternativen zur Spannungsreduktion anzubieten, einerseits, um das medizinische Risiko von Selbstverletzungen zu reduzieren, andererseits, um Scham- und Schuldgefühle zu reduzieren.

Es empfiehlt sich der Einsatz einer Spannungskurve, die Patienten selbst führen und mit der Pflegekraft gemeinsam regelmäßig mindestens 2-mal pro Woche ausgewertet werden (Abb. 22.3). Bei Spannung bis etwa 4 eignen sich Achtsamkeitsübungen, die Patienten helfen, ihre Aufmerksamkeit und Konzentration im Augenblick zu bewahren. Dies kann durch das Betrachten und detaillierte Beschreiben eines Bildes geschehen, durch Puzzeln, das Lösen eines Kreuzworträtsels, den Atem zählen, Gedichte, Limericks oder das kleine oder große Einmaleins aufsagen. Die Konzentration auf Gerüche durch starke Aromaessenzen kann ermöglicht werden, z. B. Melisse, Teebaumöl, Rosmarin etc.: das Fläschchen direkt unter die Nase halten oder etwas auf ein Tuch/Watte/Tupfer tropfen und riechen las-

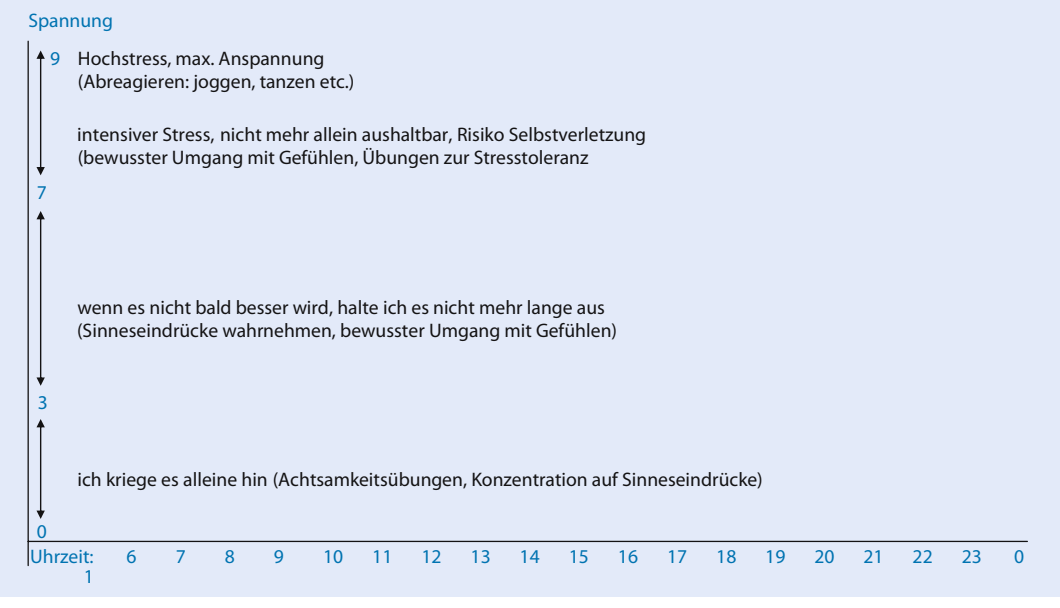


Abb. 22.3. Spannungskurve

sen. Die Konzentration auf Geräusche kann durch Musik, Klangschalen, Windspiel und andere laute Geräusche gefördert werden.

Bei Spannungszuständen über 4 sind stärkere Reize meist erfolgreicher, man kann z. B.:

- einen kleinen Stein in den Schuh legen und damit herumlaufen,
- barfuss gehen,
- mit den Füssen aufstampfen,
- Eiswürfel auf die Stirn pressen oder über die Unterarme streichen,
- Igelbälle mit harten Stacheln über Unterarme oder Fußsohlen rollen,
- Finalgon-Salbe auf die (intakte) Haut der Unterarme oder in der Leistengegend auftragen,
- heiß baden oder duschen,
- warme, rote Farbe über die Arme laufen lassen,
- joggen, tanzen oder trommeln.

Geschmackliche Reize, wie frischer Meerrettich, scharfer Senf oder Tabasco haben sich als hilfreich erwiesen, ebenso wie das Beißen in eine Chilischote oder eine frische Zitrone. Auch eine Brausetablette (Kalzium oder Vitamine), die direkt in den Mund genommen und gelutscht wird, bietet einen starken Reiz.

Auch optische Reize haben sich als nützlich erwiesen, z. B. das Duschen mit roter Lebensmittel- oder Fingerfarbe.

Das Drücken von Schmerzpunkten, z. B. an der Orbita, ist geeignet, Entfremdungserleben entgegenzuwirken.

22.6 Umgang mit Menschen nach Selbstverletzung

Auch wenn Alternativen zum Spannungsabbau angeboten werden, kann es zu Selbstverletzungen kommen.

Praxisbox

Die gute Wundversorgung ist auch eine Versorgung der psycho-physischen Ver-Wund-barkeit, hier ist immer darauf zu achten, keine re-traumatisierenden Bedingungen entstehen zu lassen.

Eine Schlüsseleigenschaft der traumatisierenden Umwelt ist es, situationsadäquate Emotionen, Gedanken und Handlungen zu unterbieten, »löschen« zu wollen durch Ignorieren der Befindlichkeit oder stumme Reaktionen. Reagieren Sie nicht laut, vorwurfsvoll und fragen Sie nicht, ob die Person nicht hätte vorher kommen können. Wenn das möglich gewesen wäre, wäre sie gekommen!

Zeigen Sie sachliches Interesse an der Wunde und Fürsorglichkeit für die Person in ihrem seelischen Schmerz. Unabhängig von der manchmal zur Schau getragenen Maske, sind es sehr schmerzhafte seelische Vorgänge, die zu selbstverletzendem Verhalten (SVV) führen. Verstärken Sie diese Gefühle nicht durch Ihr Verhalten, Ihre Gesten oder Ihren Gesichtsausdruck. Sie haben hier die Möglichkeit, diesem Menschen andere Reaktionen entgegenzubringen, als die, die er bereits von seiner Umgebung kennt: Mitgefühl und Respekt. Machen Sie eine korrekte Wundversorgung, die Schmerzwahrnehmung setzt nach dem SVV wieder ein, arbeiten Sie zügig, ohne zusätzliche Schmerzen zu erzeugen. Machen Sie deutlich, dass es in Ordnung ist, über SVV zu sprechen, wenn Patienten dies wünschen. Bieten Sie immer wieder Alternativen zum SVV an und üben Sie den Einsatz der Spannungskurve. Gerade weil es schwierig für Patienten sein kann, in Spannungszuständen Alternativen zu erinnern und anzuwenden, brauchen Pflegende viel Geduld und Gelassenheit, um ihre Patienten immer wieder zu ermutigen und anzuspornen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Welche Risikofaktoren kennen Sie, die bei der Entwicklung einer posttraumatischen Störung vorliegen können? ▶ Kap. 22.1
- Welche Schutzfaktoren helfen, trotz traumatischer Erfahrungen die Ausbildung einer traumatischen Störung zu verhindern? ▶ Kap. 22.1
- Welche organische Veränderung ist hauptsächlich an den Zuständen leicht auslösbarer und lang anhaltender innerer Erregungszustände beteiligt? ▶ Kap. 22.4.3
- Welche Betreuungsform der Pflege stellt sich angesichts der Risiko- und Schutzfaktoren als geeignet dar? ▶ Kap. 22.4.3

Literatur

Appelbaum P, Uyehara L, Elin M (1997) Trauma and memory. Clinical and legal controversies. Oxford University Press, New York

Barker P (2001) The tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. In: Nursing Philosophy 2: 213

Bauer J (2002) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Eichborn, Frankfurt

Bremner J, Randall P, Scott T et al (1995) MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. In: American Journal of Psychiatry 152 (7): 973

Bremner J, Randall P, Scott T et al (1996) Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. In: Psychiatry Research 59: 97

Bremner J, Randall P, Vermetten E et al (1997) Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse – A preliminary report. In: Biological Psychiatry 41: 23

Bremner J, Narayan M (1998) The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. In: Development and Psychopathology 10: 871

Bremner J, Narayan M, Staib L et al (1999) Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. In: American Journal of Psychiatry 156: 1787

Bremner J (2002) Neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder. In: Current Psychiatry Reports 4 (4): 254

Brisch KH (2003) Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg) (2003) Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta, Stuttgart

Buckley T, Kaloupek D (2001) A meta-analytic examination of basal cardiovascular activity in posttraumatic stress disorder. In: Psychosomatic Medicine 62: 585

De Bellis M, Thomas L (2003) Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. In: Current Psychiatry Reports 5 (2): 108

Fischer G, Riedesser P (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Ernst Reinhardt Verlag, München

Flor H (2004) Wie verarbeitet unser Gehirn traumatische Erfahrungen? Vortrag gehalten anlässlich des 1. State-of-the-Art-Symposium am 28. Februar 2004. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (DVD erhältlich über www.pfizer.de)

Friedmann M, Charney D, Deutsch A (1995) Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD. Lippincott-Raven, Philadelphia

Herpertz S (2003) Emotional processing in personality disorder. In: Current Psychiatry Reports 5 (1): 23

Koenen K, Driver K, Oscar-Berman M et al (2001) Measures of prefrontal system dysfunction in posttraumatic stress disorder. Brain and Cognition 45: 64

Linehan M (1996a) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München

Linehan M (1996b) Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie_der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München

McGuffin P, Thapar A (2004) Postgenomic psychiatry: great hopes or great hype? In: Current Psychiatry Reports 6 (2): 75

Rothenberger A, Hüther G (1997) Die Bedeutung psychosozialer Belastungen im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: Neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46: 623

Schoppmann S (2003) »Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten«. Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. Hans Huber, Bern

Schore A (2002) Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 36: 9

Shalev A, Yehuda R, McFarlane (1999) International Handbook of Human Response to Trauma. Plenum Publishers, New York

Streeck-Fischer A, Sachsse U, Özkan I (Hrsg) (2002) Körper – Seele – Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Tanev K (2003) Neuroimaging and neurocircuitry in post-traumatic stress disorder: What is currently known? In: Current Psychiatry Reports 5 (5): 369

Teicher M, Glod C, Surrey J et al (1993) Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. In: Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 5: 301

Van der Kolk B (1997) The psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry 58: 16

Van der Kolk B, Burbridge J, Suzuki J (1998) Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebendem Verfahren bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: Streeck-Fischer A (Hrsg) Adoleszenz und Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (2000) Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn

Watson P, Friedmann M, Ruzek J, Norris F (2002) Managing acute stress response to major trauma. Current Psychiatry Reports 4 (4): 247

Wilkins T, Warner S (2001) Women in special hospitals: understanding the presenting behaviour of woman diagnosed with borderline personality disorder. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8: 289

Yehuda R, Lowy M, Southwick S (1991) Lymphocyte glucocorticoid receptor number in posttraumatic stress disorder. In: American Journal of Psychiatry 148 (4): 499

Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability: A new view on schizophrenia. In: Journal of Abnormal Psychology 86: 103

23 Pflege bei Abhängigkeitserkrankungen

Rosemarie Heger

23.1 Entstehungsbedingungen – 310
23.1.1 Ursachen und Risikofaktoren – 311
23.1.2 Definition – 311

23.2 Typologie – 312
23.2.1 Phasen der Alkoholabhängigkeit – 312
23.2.2 Verlauf des Gamma-Alkoholismus – 312

23.3 Folgeschäden – 313
23.3.1 Körperliche Schäden – 313
23.3.2 Funktionsstörungen im psychosozialen Bereich – 314

23.4 Diagnose der Alkoholabhängigkeit – 314
23.4.1 Indikatoren abhängigen Alkoholkonsums – 314

23.5 Co-Abhängigkeit – 314

23.6 Behandlung der Alkoholabhängigkeit – 315
23.6.1 Behandlungsverlauf – 315
23.6.2 Motivation des Patienten – 316

23.7 Abwehrmechanismen – 316
23.7.1 Umgang mit Abwehrmechanismen – 317

23.8 Veränderungsprozesse – 317
23.8.1 Pflegerischer Kontakt mit Abhängigen – 318
23.8.2 Grundhaltung – 318
23.8.3 Sozial-pädagogische Grundsätze – 318
23.8.4 Aspekte motivierender Gesprächsführung – 319
23.8.5 Kurzintervention – 319

23.9 Überleitung – Netzwerke – 320

Literatur – 320

In Kürze

Substanzabhängigkeit ist im Pflegealltag ein verbreitetes Phänomen. Wir sehen Konsumenten legaler Drogen, wie Alkohol und Tabak, und Konsumenten illegaler Drogen, wie Heroin, Kokain, Cannabis etc., aber auch z. B. Menschen, die spiel- oder essbrechsüchtig sind. Zentrales Merkmal aller Abhängigkeitserkrankungen ist die psychische Abhängigkeit. In der Pflege begegnet man vorwiegend der Droge Nr. 1, dem Alkohol und den alkoholbezogenen Störungen. Daher werden in diesem Kapitel exemplarisch die Alkoholproblematik und der pflegerische Umgang damit behandelt.

Jährlich sterben in Deutschland etwa 42 000 Menschen an den direkten oder indirekten Folgen des Alkoholmissbrauchs (DHS, 2004). Diese Zahl deutet auf ein erhebliches gesundheitspolitisches Problem hin. Während das Hilfesystem bzw. die Hilfeangebote für Suchtkranke relativ gut ausgebaut sind, besteht nach wie vor Handlungsbedarf in der Kooperation der Träger der Hilfeangebote untereinander. Den Pflegekräften in den verschiedenen Versorgungsfeldern (stationär, ambulant, ambulant-komplementär etc.) kann hier eine besondere Rolle zukommen, nämlich die, eine systemübergreifende Hilfeplanung mit zu initiieren bzw. zu begleiten.

Nach der Definition der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) ist diejenige Person substanzabhängig, die ohne die Droge nicht mehr leben kann bzw. die Kontrolle über die Menge der konsumierten Substanz verloren hat (Kontrollverlust). Beeinflusst wird der Umgang mit Alkoholabhängigen auch durch die negative soziale Bewertung, die dieser Personenkreis in der Gesellschaft erfährt. Auch im Pflegealltag zeigen Alkoholabhängige nicht selten ein widerständiges, wenig krankheitseinsichtiges und behandlungsbereites sowie mitunter »unzuverlässiges« Verhalten. Diese krankheitsbedingten Verhaltensweisen stellen das Pflegepersonal vor eine große Herausforderung, der es mit geeigneten Methoden zu begegnen gilt. Der angemessene Umgang mit diesen, der Abhängigkeitserkrankung inhärenten Störungen ermöglicht nicht nur einen ressourcenorientierten Pflegeprozess, sondern fördert die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft des betroffenen Patienten. Die Kenntnis des Verlaufs und des Charakters der Alkoholkrankheit ist eine wesentliche Voraussetzung des Verstehens dieser Patienten und der professionellen Einordnung der Verhaltensauffälligkeiten. Ressourcen- und lösungsorientierte Kurzintervention sowie Regeln der motivierenden Gesprächsführung werden ebenso Thema sein wie der Blick auf **co-abhängiges** Verhalten. Am Kapitelende wird auf die Frage »Was kommt danach?« eingegangen.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels wissen Sie:

- was mögliche Indikatoren einer Alkoholabhängigkeit sind
- wie sich ein typischer Verlauf des Gamma-Alkoholismus gestaltet
- welche körperlichen Schäden durch Alkoholmissbrauch verursacht werden
- welche Behandlungsschritte denkbar sind
- wie man im Pflegealltag Abwehrmechanismen des Patienten begegnen kann
- welche pflegerische Kommunikation die Krankheitseinsicht fördert
- wie co-abhängigem Verhalten im Pflegealltag begegnet werden kann
- wohin Abhängigkeitskranke entlassen werden können

23.1 Entstehungsbedingungen

Zur Erklärung des Phänomens Suchtmittelabhängigkeit wurden zahlreiche Modelle entwickelt. Das derzeit gängige Modell beschreibt ein multifaktorielles bio-psychosoziales Bedingungsgefüge. Dieses erklärt sich:

- aus der Droge selbst, ihrer **psychotropen** Wirkung und ihrem **Abhängigkeitspotenzial**,
- aus der sozialen Griffnähe, also auch der kulturellen bzw. gesellschaftlichen Akzeptanz der Droge,
- aus den spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen des konsumierenden Individuums.

Diese drei Merkmale sind je nach Droge, gesellschaftlichen Bedingungen sowie der Persönlichkeit des Konsumenten unterschiedlich wirksam und bedingen sich gegenseitig. Das Abhängigkeitspotenzial einer Substanz wird bestimmt durch die psychotrope Wirkung und durch die Entwicklung einer Ge-

wöhnung sowie einer Toleranzsteigerung bis hin zur körperlichen Abhängigkeit. Aufgrund seiner entspannenden und enthemmenden Wirkung hat Alkohol ein relativ hohes Suchtpotenzial.

Die *Griffnähe* beschreibt, wie gesellschaftlich akzeptiert die Droge ist und wie einfach oder auch kompliziert ihre Beschaffung und Finanzierung ist.

23.1.1 Ursachen und Risikofaktoren

Um Antwort auf die Frage »Wer wird alkoholkrank?« bemühen sich weltweit zahlreiche Forscher. Hier werden die derzeit gängigsten Theorien vorgestellt.

Auch wenn es keine explizite Suchtpersönlichkeit gibt, wurden doch Risikofaktoren ermittelt, die eine Abhängigkeitsentwicklung fördern bzw. Bedingungen, die ihr entgegenwirken. Der generelle Umgang mit Alkohol ist das Ergebnis eines individuellen Aneignungsprozesses. Konsumbezogene Normenbildung in der Familie prägen demnach den späteren Trinkstil. Das Aufwachsen in einer **dysfunktionalen Familie**, in der Kinder keine ausreichende emotionale Versorgung und Betreuung erfahren, gilt als *ein* Risikofaktor, schneller zu Substanzen mit psychotroper Wirkung zu greifen.

Die *psychoanalytischen Theorien* gehen davon aus, dass Sucht das Symptom einer tiefliegenden frühkindlichen psychischen Störung ist. Diese äußert sich u. a. darin, dass eigene Bedürfnisse und Triebwünsche nicht sinnvoll befriedigt werden können. Die Entwicklung zahlreicher Ich-Funktionen ist gestört, beispielsweise die Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Frustrationstoleranz, die Affekt- und Impulskontrolle.

Die *Lerntheorie* fragt nach der *Funktion*, die Alkohol im Leben des Betroffenen einnimmt. Sie geht davon aus, dass verstärkter Alkoholkonsum erlernt ist und folglich auch wieder verlernt werden kann.

Die *soziologische Theorie* nimmt (unbewusste) *Rollenkonflikte* und *Machtbedürfnisse* an. Die daraus resultierenden Ängste werden mit verstärktem Alkoholkonsum beantwortet.

Biologische Faktoren. Familienuntersuchungen weisen darauf hin, dass es *genetische Dispositionen* zur Entwicklung einer Alkoholkrankheit gibt (Basisinformation Alkohol DHS Info, Hamm, 2001), Das *Systemische Paradigma* geht von der *Bedeutung* des Symptoms für das jeweilige Beziehungsverhalten aus. Es fragt nach der beziehungsgestaltenden Wirkung der Alkoholabhängigkeit für das jeweilige Bezugssystem. Es versucht, die Dynamik und die Wechselwirkung der Suchtentwicklung zu erklären.

Welchem Erklärungsmodell auch immer der Vorzug gegeben wird, für den Betroffenen Patienten ist das Ergebnis einer Alkoholabhängigkeit in etwa gleich: die erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Gesundheit geht bei Nichtbehandlung letztendlich mit einem Verlust sämtlicher sozialer Bezüge, wie Arbeitsplatz, Familie und Freunde, einher.

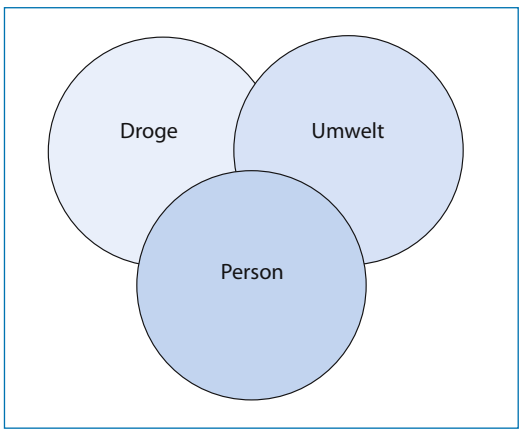


Abb. 23.1. Bedingungsgefüge (mod. nach Schmidt, 1997)

23.1.2 Definition

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist derjenige alkoholabhängig, der

- die Kontrolle über die Menge seines Alkoholkonsums verloren hat,
- unfähig ist zur Abstinenz.

Diagnostiziert wird die Alkoholabhängigkeit nach ICD 10. Das Alkoholabhängigkeitssyndrom ist demnach F10.2.

In der Pflege begegnet man aber auch einer großen Bandbreite alkoholbedingter Störungen und Folgeerkrankungen, die auf einen *schädlichen* oder auch *riskantem Alkoholkonsum* zurückzuführen sind.

Definition

Als schädlicher Gebrauch wird ein Alkoholkonsum bezeichnet, der gewohnheitsmäßig in großen Mengen konsumiert wird. Hierbei muss nicht zwangsläufig eine Abhängigkeit zugrunde liegen. Riskanter Konsum liegt vor, wenn regelmäßig täglich mehr als 20–30 g (Männer) bzw. 10–20 g (Frauen) reiner Alkohol konsumiert werden. Diese Menge hat sich als risikoreich für die Entstehung von Folgeerkrankungen herauskristallisiert Alkohol (Basisinformation Alkohol DHS Info, Hamm, 2001).

In der Praxis ist die Diagnose »Alkoholabhängigkeit« erst in einem relativ späten Stadium eindeutig und einfach (Feuerlein, 1984). Insbesondere auch deswegen, weil die Betroffenen alles unternehmen, um sich und ihrem Umfeld eine eindeutige Zuordnung zu erschweren. Auch die konsumierte Alkoholmenge ist kein verlässlicher Gradmesser, da es erhebliche individuelle Verträglichkeitsunterschiede gibt. Die Merkmale *Kontrollverlust* und *Abstinenzunfähigkeit* werden von den Betroffenen so lange wie nur irgend möglich verleugnet. Die aufgrund des Alkoholmissbrauchs aufgetretenen Störungen und Erkrankungen könnten theoretisch – so die Logik des Patienten – auch andere Ursachen haben.

Praxisbox

Es ist im Pflegeprozess immer sinnvoll, beobachtete Folgen eines Alkoholkonsums bei dem Patienten anzusprechen.

Seit 1968 ist Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt (Urteil des Bundessozialgerichtes 1968). Damit ist eine Finanzierung der Behandlung der Alkoholkrankheit selbst und ihrer Folgeschäden durch die Kranken- und Sozialversicherungssysteme gewährleistet.

23.2 Typologie

23.2.1 Phasen der Alkoholabhängigkeit

Das von **Jellinek** (in Schmidt, 1997) entwickelte Phasenmodell und die Beschreibung des Verlaufs der Krankheit bestätigen sich in der Praxis immer wieder. Betroffene erkennen sich in den beschriebene Phasen wieder und werden ermutigt, ihre Erkrankung zu verstehen und anzunehmen (◘ Tabelle 23.1).

23.2.2 Verlauf des Gamma-Alkoholismus

Der Gammatyp ist die Form der Alkoholabhängigkeit, die in Deutschland bei ca. 80 % der Alkoholkranken vorkommt. Der Rest verteilt sich auf den Delta- und den Epsilon-Typ. Das entscheidende Wesensmerkmal des Gamma-Typs ist der *Kontrollverlust*. Der Betroffene verliert die Kontrolle über die Menge des Trinkens, er kann nicht mehr aufhören, bis eine äußere Grenze ein Ende setzt (z. B. Betroffener schläft ein, Alkoholvorrat ist zu Ende).

Auch bei der Beschreibung des Gamma-Typs bedient sich Jellinek eines Phasenmodells. Die Reihenfolge dieser Phasen gehen fließend ineinander

◘ **Tabelle 23.1.** Trinkertypen nach Jellinek (1952)

Alpha-Typ	Beta-Typ	Gamma-Typ	Delta-Typ	Epsilon-Typ
Konflikttrinker	Gelegenheitstrinker	Süchtiger Trinker	kontinuierlicher Alkoholkonsum (Spiegeltrinker)	episodischer Trinker (Quartalstrinker)
psychische Abhängigkeit	Keine Abhängigkeit	Psychische und physische Abhängigkeit	physische Abhängigkeit	physische Abhängigkeit
kein Kontrollverlust und Fähigkeit zur Abstinenz	Kein Kontrollverlust	Kontrollverlust	Unfähigkeit zur Abstinenz kein Kontrollverlust	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz

über. Die beschriebenen Merkmale muss nicht jeder Alkoholkranke genau so durchlaufen. Vielmehr ist die Beschreibung als Modell zu verstehen, das in seiner Gesamtheit das Bild der Alkoholabhängigkeit zeichnet.

Voralkoholische Phase

Die voralkoholische Phase ist zunächst gekennzeichnet durch gelegentliches Erleichterungstrinken, Erhöhung der Alkoholtoleranz bis hin zum häufigen Erleichterungstrinken. Der Beginn des Trinkens alkoholischer Getränke ist bei potenziellen Alkoholabhängigen in der Regel unauffällig. Vielmehr ergibt sich das Bild des Beginns eines gesellschaftlich unauffälligen Umgangs mit Alkohol. Im Gegensatz zu denjenigen, die weiterhin sozial akzeptiert trinken können, entwickelt der potenziell Alkoholabhängige eine derart befriedigende Erleichterung beim Trinken, dass dieser Zustand so oft es geht wieder herbeigeführt wird.

Im weiteren Verlauf kommt es zur Toleranzabnahme für seelische Belastungen, was – wie in einem Teufelskreis – erneuten Trinkwunsch auslöst. Alkohol wird zunehmend als Stimmungsregulanz konsumiert. Weder dem Betroffenen selbst noch seinem Umfeld fällt der missbräuchliche Umgang mit Alkohol auf.

Prodromal- oder Anfangsphase

Die Prodromal- oder auch Anfangsphase beginnt in der Regel mit ersten Gedächtnislücken. Nach ca. 1–5 Jahren regelmäßigen Alkoholmissbrauchs werden Auffälligkeiten deutlich. Eher unbewusst spürt der Betroffene, dass er anders trinkt als andere. Der Alkohol wird zunehmend zum notwendigen psychischen Regulanzmittel. Heimliches Trinken, schnelles Trinken des ersten Glases, Vermeidung von Gesprächen über Alkohol sowie Schuldgefühle wegen des Trinkens sind in dieser Anfangsphase kennzeichnend. Noch hat der potenziell Abhängige die Kontrolle über die Menge seines Konsums. Nach außen hin wirkt er in einer permissiven Gesellschaft eher als kontaktfreudig.

Kritische Phase

Die kritische Phase wird eingeleitet durch das Auftreten des Kontrollverlustes. Damit wird die Alkoholproblematik erstmals auch für das Umfeld deutlich. Der Betroffene hat in dieser Situation die Entscheidungsmöglichkeit, »das erste Glas stehen zu lassen«, denn kleinste Alkoholmengen können ein unwiderstehliches Verlangen nach mehr Alkohol auslösen. In dieser Phase werden in aller Regel zahlreiche Anstrengungen unternommen, um die nunmehr bestehende Alkoholabhängigkeit möglichst geheim zu halten, z. B. durch vermehrtes heimliches Trinken. Bei Trinkgelegenheiten werden vorab (heimlich) die ersten Gläser hastig konsumiert, um eine schnelle Wirkung zu erzielen. In der Gesellschaft wird dann ein »normales« Trinkverhalten gezeigt.

Das vorherrschende Gefühl des Alkoholabhängigen ist *Schuld und Scham.* Er wird alles versuchen, diese Gefühle nicht zu spüren und unter Umständen ein renommistisches Gehabe an den Tag legen. Für die Pflege und den Umgang ist es von besonderer Bedeutung, diese Verhaltensweisen adäquat zu deuten und dem Patienten die Möglichkeit zu geben, seine Abwehr aufzugeben. Aber auch ein regressives Verhalten ist zu beobachten, was eine unterstützend erzieherische Pflege sinnvoll erscheinen lässt.

Praxisbox

Das Phasenmodell und der Krankheitsverlauf nach Jellinek können gut mit Patienten besprochen werden, was die Krankheitseinsicht erleichtert und die Behandlungsbereitschaft fördert.

23.3 Folgeschäden

23.3.1 Körperliche Schäden

Chronischer Alkoholkonsum kann in allen Organsystemen Störungen verursachen. Das Ausmaß und die Schwere der Schäden sind auch abhängig von der zugeführten Alkoholmenge, dem Alter des Patienten, Vorschädigungen und auch vom Geschlecht. Neben dem Alkohol selbst, der ein Zellgift ist, beeinträchtigt auch Mangelernährung, die bei Alkoholabhängigen häufig anzutreffen ist, den gesundheitlichen Zustand des Patienten.

Neben den somatischen Diagnosen, wie z. B. chronischer Gastritis, Leberschäden oder Schädi-

gung der Bauchspeicheldrüse, leiden Alkoholabhängige an vielfältigen Stoffwechsel- und Mineralstoffstörungen, sowie Störungen des Vitaminhaushaltes. Somit ist im Pflegealltag ein besonderes Augenmerk auf die Ernährung wichtig.

23.3.2 Funktionsstörungen im psychosozialen Bereich

Alkoholabhängigkeit kann zu Funktionsstörungen in allen Bereichen des persönlichen Lebens führen, z. B.:

- Verlust des Arbeitsplatzes,
- Zerstörung der Familie,
- soziale Isolation.

Diese Aufzählung lässt ahnen, dass das unmittelbare Umfeld des Betroffenen immer auch von der Abhängigkeitserkrankung mitbelastet ist (▶ auch Abschnitt Co-Abhängigkeit)

23.4 Diagnose der Alkoholabhängigkeit

23.4.1 Indikatoren abhängigen Alkoholkonsums

Wenngleich eine genaue Diagnose der Alkoholkrankheit erst im fortgeschrittenen Stadium sicher möglich ist, so gibt es im Pflegealltag doch Indikatoren, die zumindest auf eine Alkoholproblematik hindeuten können.

Gesamteindruck:

- häufige Alkoholfahne,
- abnorme Gesichtsröte,
- Anzeichen eines Alkoholentzugssyndroms (z. B. Zittern).

Trinkverhalten:

- Weitertrinken trotz Wissens um die schädlichen Folgen (z.B. körperliche Beeinträchtigungen, Schwierigkeiten mit Mitbewohnern und Pflegepersonal, Auflagen),
- gesteigertes Verlangen nach Alkohol,
- verminderte Kontrollfähigkeit,
- Toleranzentwicklung,
- Anlegen von Alkoholvorräten und heimliches Trinken.

Dies sind jeweils Hinweise. Um das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit zu vermuten, müssen gleichzeitig 3 dieser Merkmale während der letzten 12 Monate festgestellt werden.

Körperliche Indikatoren:

- Appetitlosigkeit,
- Magen-Darm-Probleme,
- depressive Verstimmungen,
- Fettleber.

Verhaltensindikatoren:

- verminderte emotionale Kontrolle (»Ausrasten«),
- erhebliche Stimmungsschwankungen,
- Selbstmitleid,
- Schuldzuweisung an andere.

23.5 Co-Abhängigkeit

Definition

Als co-abhängig werden Verhaltensweisen bezeichnet, die geeignet sind, die Suchterkrankung des Betroffenen zu verlängern und einen Genesungsprozess hinauszuzögern.

In erster Linie sind die nächsten Angehörigen in der Gefahr, sich co-abhängig zu verhalten. Dies geschieht immer dann, wenn sie versuchen, die Folgen der Alkoholproblematik zu beseitigen oder zu verringern.

Gleichgültig, um welches Suchtmittel es sich handelt, um Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Essstörungen oder Spielsucht, gemeinsam ist den Angehörigen Folgendes: sie machen sich große Sorgen, sie ängstigen sich, sie versuchen mit verschiedenen Methoden zu helfen und fühlen sich nach jahrelangen erfolglosen Versuchen hilflos, ohnmächtig und auch zornig. Die Intensität der Gefühlszustände hängt mit dem Grad der Nähe zusammen, die der Angehörige zu dem Betroffenen hat.

Genauso wie der Abhängige versucht oft auch der Angehörige die Suchterkrankung jahrelang als

»Familiengeheimnis« zu behandeln. Beide haben mehr oder weniger lange versucht, die Folgen des Suchtmittelmissbrauchs auszugleichen, z. B. das Trinkverhalten des Betroffenen nach außen hin entschuldigt oder Schulden beglichen. Angehörige von Abhängigen können mitunter den Pflegeprozess erheblich behindern. Dies geschieht beispielsweise indem sie die Selbstpflegekompetenz des Patienten in Frage stellen aber auch indem sie überhöhte Ansprüche an das Pflegepersonal stellen. So wie der Abhängige benötigt auch der Angehörige in aller Regel professionelle Hilfen, die in Suchtberatungsstellen angeboten werden. Wesentlich für den Genesungsprozess der Angehörigen ist ein Umdenken über das, was Hilfe ist, und die Bereitschaft, eigene Verhaltensweisen zu hinterfragen und zu modifizieren.

Nicht nur Angehörige, sondern auch *Helfer* können Gefahr laufen, sich im Umgang mit Suchtmittelabhängigen co-abhängig zu verhalten. Insbesondere in Pflegeeinrichtungen, betreuten Wohneinrichtungen oder häuslicher Pflege besteht die Gefahr der strukturellen Co-Abhängigkeit, nämlich dann, wenn die Folgen eines Alkoholmissbrauchs in Form einer Pflegeleistung zu beseitigen sind.

Eine genaue Abstimmung der Hilfepläne, kollegialer Austausch und Supervision sind Instrumente, co-abhängige Verhaltensweisen geringer zu halten und gemeinsam Alternativen zu entwickeln (Schmidbauer, 2002).

23.6 Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Bislang ist die Alkoholabhängigkeit nicht heilbar, durch eine **Abstinenzentscheidung** ist der zerstörerische Prozess jedoch zu stoppen. Die Uneinheitlichkeit des Krankheitsbildes Alkoholabhängigkeit erfordert ein breites Behandlungsangebot, das sich jeweils in seiner Dauer, seinem Setting und seiner Intensität unterscheiden muss. Die Angebote reichen von kurzen oder längeren stationären Aufenthalten bis zur professionellen ambulanten Behandlung. Eine besondere Stellung nehmen hier die Selbsthilfegruppen, wie z. B. die Anonymen Alkoholiker, ein. Während die professionellen Angebote »einen Anfang und ein Ende« haben, kann der jahrelange Besuch einer Selbsthilfegruppe zur Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Abstinenz sinnvoll sein.

23.6.1 Behandlungsverlauf

Die hier vorgestellten Behandlungsphasen sind als Orientierungshilfe zu sehen.

Kontaktaufnahme

Der erste Behandlungsschritt ist die Kontaktaufnahme zu einem Hilfesystem (Arzt, Klinik, Beratungsstelle). Durch diesen Schritt »nach draußen« bekennt der Betroffene, dass es überhaupt ein Problem gibt. Diese Phase ist noch gekennzeichnet von Zweifeln, Scham und der Angst, eine endgültige Abstinenzentscheidung treffen zu müssen. Die Phase der Kontaktaufnahme kann einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen bis sich der Patient zum nächsten Schritt, der körperlichen Entgiftung und der Behandlung des Entzugssyndroms stellen kann.

Körperliche Entgiftung

Dies kann sowohl im ambulanten als auch im stationären Rahmen geschehen. Während die Entzugssyndrome Delirium tremens, zerebrale Krampfanfälle und Halluzinosen eine stationäre und auch medikamentöse Entzugsbehandlung erforderlich machen, kann in leichteren Fällen auf eine Medikation verzichtet werden. In der Regel ist nach spätestens 10 Tagen die körperliche Entgiftung vom Alkohol abgeschlossen (die Entgiftung von anderen Substanzen, z. B. Medikamenten, kann hingegen deutlich länger dauern). Ebenso verlängert sich diese Behandlungsphase, wenn erhebliche Alkoholfolgeschäden diagnostiziert werden. Eine stationäre Entgiftungsbehandlung ist immer auch ein krisenhafter Prozess und an sich schon eine »Intervention«, in der Menschen für eine Ansprache zur möglichen Weiterbehandlung ihres Abhängigkeitssyndroms empfänglicher sind. Die verschiedenen Pflegeverrichtungen während einer stationären Entgiftung sind gute Möglichkeiten, mit dem Patienten motivierende Gespräche zu führen.

Entwöhnung

Es schließt sich als nächster Schritt die Entwöhnungsbehandlung an. Diese zielt wesentlich auf die

Überwindung der psychischen Abhängigkeit und das Erlernen alternativer Konfliktlösungsstrategien. Hierzu gehören auch die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage sowie das Hinterfragen bisheriger Lebenseinstellungen. Auch dieser Teil der Behandlung kann in unterschiedlichem Setting organisiert werden. Stationär, ambulant und auch teilstationär kann eine solche Behandlung erfolgreich durchgeführt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsbilder, der Krankheitsentwicklung und auch der bereits bestehenden Folgeschäden ist das Behandlungsangebot variabel. Die Art der Behandlung klärt der Patient in der Regel in einer Suchtberatungsstelle, Fachambulanz oder auch mit seinem speziell geschulten Arzt.

Nachsorge

Die Nachsorge im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung übernehmen professionelle Beratungsstellen und anknüpfend daran die Selbsthilfegruppen. Es hat sich gezeigt, dass der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe die Abstinenzentscheidung wesentlich stabilisiert, sodass es in jedem Falle sinnvoll ist, Patienten zu ermutigen, sich einer solchen Gruppe anzuschließen.

23.6.2 Motivation des Patienten

Grundsätzlich wird ein Abhängigkeitskranker erst dann eine Veränderung seines Trinkverhaltens anstreben, wenn der *persönliche Leidensdruck* groß genug ist und wenn die Nachteile des Trinkens überwiegen. Trotzdem ist die Motivation, eine Abstinenzentscheidung zu treffen, ambivalent. Diese Ambivalenz kann sich eine lange Zeit durch den Behandlungsablauf zeigen und erfordert immer wieder, den ursprünglichen Beweggrund zu stärken. Der Motivationsprozess kann aber auch durch die Haltung der Pflegeperson positiv beeinflusst werden. Es sollte hauptsächlich auf Fakten geachtet werden, die den Patienten ermutigen, an seinem Genesungsprozess aktiv mitzuarbeiten. Der Patient sollte wieder lernen, Verantwortung für sich zu übernehmen.

Die Übernahme der Eigenverantwortung ist ein wesentlicher Teil des Gesundungsprozesses.

Im Verlauf der Alkoholabhängigkeit hat der Patient die Verantwortung für sein Handeln der Umwelt bzw. dem Umfeld überlassen (»die anderen sind schuld daran, dass ich trinke«). Die Eigenverantwortung kann beispielsweise durch Anleitung und Förderung der Selbstpflegekompetenz gestärkt werden (nach Orem). Das Selbstwertgefühl des Abhängigen wird gefördert, wenn er in die Pflege anderer Patienten miteinbezogen werden kann. Er macht dadurch die Erfahrung, »nützlich und hilfreich« zu sein.

23.7 Abwehrmechanismen

»Abwehrmechanismus« ist ein psychoanalytischer Begriff. Er beschreibt Verhaltensweisen, mit denen sich Menschen vor negativen Gefühlen und Empfindungen schützen. Abwehrmechanismen haben die Funktion, einen Schutz gegenüber dem Überflutetwerden von Angst und negativen Gefühlen zu leisten. Die Mobilisierung der Abwehrmechanismen verläuft weitestgehend unbewusst. Sie werden eingesetzt, wenn ein Konflikt äußeren Ursprungs (z. B. reale Gefahren) oder auch inneren Ursprungs (z. B. unerlaubte Gefühle, Impulse) nicht bewusst gelöst werden kann. Erlebt wird somit nicht der Vorgang der Abwehr, sondern lediglich das Ergebnis, z. B.: Schutz vor Kränkung, vor Veränderung, die eigene Realität sehen müssen.

Die Motivation des Abhängigen wird auf eine harte Probe gestellt. Bedeutet doch der Verzicht auf Alkohol zunächst eine Verschlechterung seiner Befindlichkeit. Mehr oder minder schwere Entzugserscheinungen, erhöhte Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Wahrnehmung der Realität sind nur einige Folgen, mit denen sich der Abhängige auseinandersetzen muss. Die auftretenden Schuld- und Schamgefühle, die Selbstverachtung und die Selbstvorwürfe werden hinter Abwehrmechanismen versteckt.

Oft erfolgt der Einsatz von Abwehrmechanismen, wenn eine Verletzung des Selbstwertgefühls droht. Der starre Einsatz von Abwehrmechanismen birgt die Gefahr einer Behinderung der persönlichen Entfaltung, der persönlichen Entwicklung, der Selbstverwirklichung und nicht zuletzt des Gesundungsprozesses.

Die wichtigsten Abwehrmechanismen sind:

- *Verleugnung*: Hierdurch wird ein Teil der Angst machenden Realität von der Wahrnehmung ausgeschlossen (»Vogel-Strauß-Politik«).
- *Bagatellisierung*: Die Ernsthaftigkeit der Erkrankung und ihrer Folgen wird verharmlost, die Realität verzerrt wahrgenommen.
- *Projektion*: Wünsche, Impulse, Charakterzüge und Verhaltensweisen, die Menschen an sich selbst verurteilen, schreiben sie anderen zu, werden auf andere Personen projiziert. Projektion führt ebenfalls zur Störung bzw. Verzerrung der Realitätswahrnehmung.
- *Rationalisierung*: Scheinbegründungen werden konstruiert. Ein Angst auslösendes Verhalten wird durch intellektuelle Rechtfertigung akzeptabel gemacht (»Ich trinke, weil «).
- *Regression*: Ist ein Konflikt durch die bisher beschriebenen Abwehrmechanismen nicht zu bewältigen, erfolgt als Notlösung die Regression. Diese zeigt sich durch Teilrückzug in eine frühere Entwicklungsphase. Es kommt zum Rückfall in eine frühere infantile psychische Entwicklungsstufe. Das logische Denken wird verlassen, ein mehr emotional gestörtes Denken tritt auf.
- *Verdrängung*: Diese geniest eine Sonderstellung unter den Abwehrmechanismen, weil sie starke Triebregungen noch bewältigen kann, gegen die andere Abwehrmechanismen machtlos sind. Verdrängung führt zu partiellem Wahrnehmungsausfall, der den gesamten Blick scheuklappenartig einengen kann. Das Ergebnis sind naive Erwartungen, unrealistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, und letztendlich Realitätsverlust.

23.7.1 Umgang mit Abwehrmechanismen

Ein zentrales Merkmal bei Alkoholabhängigen ist die *Verleugnung* der Realität ihrer Erkrankung. In diesem Sinne ist das »Lügen« nicht moralisch zu bewerten, sondern als Schutzmechanismus der Seele zu begreifen, sich von Scham und Schuldgefühlen zu schützen. So ist der tiefere Grund all dieser Abwehrmechanismen die Angst: die Angst, abgewertet zu werden bzw. sich selbst abzuwerten. Es ist deshalb wenig hilfreich, nur die Abwehr aufzuzeigen. Damit wird die Angst gesteigert und die Abwehr vergrößert. Sinnvoller und Erfolg versprechender ist es, die dahinter liegende Angst anzusprechen und dem Patienten verstehbar zu machen.

Um die Abwehr nicht zu aktivieren und zu vertiefen, ist eine annehmende, einfühlende und verstehende Haltung des Pflegepersonals notwendig. Nur in einer annehmenden und verstehenden Atmosphäre werden Abwehrmechanismen sinnlos und der Abhängige entwickelt zunehmend den Mut, auf seine Abwehr zu verzichten. Er beginnt zu zeigen, was er wirklich denkt und fühlt. Damit erhöht sich die Chance einer Krankheitseinsicht und die Bereitschaft, Veränderungen vorzunehmen.

23.8 Veränderungsprozesse

Veränderung gestaltet sich als Prozess, der verschiedene Stadien der Veränderungsbereitschaft durchläuft.

Proschaska und diClemente (1999) entwickelten ein Modell, das diese Stadien der Veränderungsbereitschaft beschreibt und hilfreiche Hinweise für erfolgreiche Interventionen erlaubt:

- In der ersten Phase ist der Patient *absichtslos* im Hinblick auf seine Suchterkrankung. Er hat keinerlei Krankheitseinsicht oder gar Problembewusstsein. In diesem Stadium ist es sinnvoll, dem Patienten *neue* Informationen über seine Erkrankung zu geben. Eine Rückmeldung über erhobene Befunde und ihre Bedeutung ist ebenfalls eine sinnvolle Intervention. Eine Rückmeldung über die beobachtete aktuelle Situation der Patienten kann dazu beitragen, ein Problembewusstsein zu entwickeln. Damit hat der Patient die Möglichkeit, sich mit der Realität auseinander zu setzen.
- Die nächste Phase im Veränderungsprozess ist gekennzeichnet durch Ambivalenz. Die *Wahrnehmung des Problems* wird begleitet durch eine Kosten-Nutzen-Analyse. In dieser Phase können mit dem Patienten realistische Veränderungsstrategien ausgehandelt werden. Gleichzeitig wird er immer wieder auch an der Richtigkeit seiner Entscheidung zweifeln.

- Die *Handlungsphase* ist erkennbar dadurch, dass der Patient konkrete Schritte zur Veränderung unternimmt. Er trifft eine Abstinenzentscheidung und kümmert sich beispielsweise um einen geeigneten Therapieplatz.
- Jetzt ist der Patient bemüht, seine erzielte *Veränderung aufrecht zu erhalten* und in den Alltag zu integrieren, beispielsweise, indem er regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht, um seine Abstinenzentscheidung zu stabilisieren.
- Als normales Ereignis kann nun ein *Rückfall* in alte Verhaltensweisen auftreten. Entscheidend ist, hierbei nicht zu verharren, sondern erneut in den Kreislauf der Veränderung einzutreten.

23.8.1 Pflegerischer Kontakt mit Abhängigen

Zu Beginn des Kontaktes ist es wesentlich, den Patienten so anzunehmen wie er ist. Eine allzu heftige konfrontierende Haltung löst Abwehr aus, und es droht ein Kontaktabbruch seitens des Patienten. Erfolg versprechender ist es, die noch vorhandenen Ressourcen des Patienten zu sehen und zu fördern. Patienten reagieren im Allgemeinen positiv auf die Einbeziehung in die Pflege. Dies fördert die Eigenverantwortung am eigenen Genesungsprozess.

23.8.2 Grundhaltung

Im Umgang mit Abhängigen kann die Pflegeperson besonders leicht unter Druck geraten. Gerne übertragen Abhängige die Verantwortung für ihr Wohlergehen auf die Außenwelt – so auch auf die Pflegenden. Gleichzeitig hat die Pflegeperson die Hilfe für andere und die Pflege für sich professionalisiert. Diese Konstellation kann mitunter zu Schwierigkeiten und Missverständnissen im Pflegealltag führen. Daher ist es von Bedeutung, die eigene Begrenztheit und Grenzen im aktuellen Pflegesetting einschätzen zu können. In der Regel ist der Kontakt zu dem Abhängigen zeitlich befristet. Der Motivations- und Genesungsprozess umfasst jedoch einen größeren Zeitraum, in dem der Patient sich in anderen Zusammenhängen befindet. Es gilt demnach, die zeitlich begrenzten Möglichkeiten effektiv zu nutzen.

Unabhängig von medizinischen und therapeutischen Verfahren ist die Haltung des Pflegepersonals von allergrößter Wichtigkeit. Die eigene Person mit ihrer Haltung ist im Umgang mit Abhängigen als wichtigstes Instrument zu sehen.

Folgender Hintergrund kann nützlich sein:

- ständige Überprüfung der eigenen Haltung,
- Kenntnis und Berücksichtigung der Pathologie der Abhängigkeitserkrankung,
- Fähigkeit, sich selbst in Frage zu stellen,
- Selbstkontrolle und Supervision.

23.8.3 Sozial-pädagogische Grundsätze

In der Einzelfallarbeit haben sich Grundsätze bewährt, die nicht nur dem respektvollen Umgang mit dem Patienten dienen, sondern auch für die Pflegeperson eine entlastende Funktion haben können:

- Achtung der Persönlichkeit des Patienten.
  Alles mit dem Patienten, möglichst wenig **für** den Patienten. Nichts gegen den Patienten.
- Annahme des Patienten. Innere Akzeptanz der Wertsysteme des Patienten.
  Die nicht verurteilende Einstellung des Pflegepersonals, und das Gefühl, akzeptiert zu werden, bilden weitgehend die Grundlage für den Aufbau einer helfenden Beziehung.
- Aufbau einer helfenden Beziehung.
  Durch die Akzeptanz entsteht ein Vertrauensverhältnis beruflicher Art. Durch die Qualität der Zielsetzung unterscheidet sich diese professionelle Beziehung von allen anderen Beziehungen z. B. partnerschaftlicher und freundschaftlicher Art. Das Ziel ist, den Patienten zu ermutigen, wieder Verantwortung für sein Leben und seinen Genesungsprozess zu übernehmen.
- Bewusster Gebrauch der eigenen Persönlichkeit und ihrer Stärken im Hilfeprozess.
  Supervision und kollegialer Austausch dienen der Entlastung und der Korrektur eigener Verhaltensweisen.

- Arbeit mit den Stärken.
  Zunächst ermitteln, was der Patient noch kann und inwieweit diese Fähigkeiten geeignet sind, sein Selbstwertgefühl zu stärken. Nach den gesunden Anteilen der Persönlichkeit fahnden und diese aktivieren.
- Hilfe zur Selbsthilfe.
  Den Patienten zur aktiven Teilnahme am Hilfe- und Pflegeprozess ermutigen.
- Ganzheitliche Sichtweise.
  Den Patienten im Kontext seiner Umgebung wahrnehmen, seinem kulturellen Hintergrund, seiner Familie, seinem beruflichen Umfeld etc.
- Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten.
  Der Patient ist verantwortlicher Teilnehmer des Prozesses. Er ist nicht verpflichtet, die Vorschläge des Pflegepersonals anzunehmen. (Hunziker, 1997).

23.8.4 Aspekte motivierender Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung, wie sie von Miller u. Rollnick (1999) formuliert ist, schließt sich an die Haltung sozialpädagogischer Grundsätze an. Motivierende Gesprächsführung – *Motivation Interviewing (M. I.)* – ist ein Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen. Damit ist diese Methode für die pflegerische Kommunikation mit Abhängigen besonders geeignet.

Den *Kern* des M. I. bilden die 4 Basisprinzipien:

- Annahme des Patienten in seinem So-sein.
- Diskrepanzen entwickeln. Das heißt, Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung herausarbeiten.
- Mit dem Widerstand arbeiten, sich nicht dagegen stellen. Begünstigt wird der Patientenwiderstand, wenn die Pflegeperson ihn »dazu bringen will, doch endlich Hilfe anzunehmen.«
- Den Glauben an die eigene Veränderungsfähigkeit stärken. Dies kann z. B. durch Bezug auf frühere erfolgreiche Verhaltensänderungen geschehen.

Die genannten 4 Prinzipien werden über folgende *Methoden* umgesetzt:

- *Offene Fragen* stellen. Dies sind Fragen, die nicht mit Ja oder Nein zu beantworten sind, z. B.: »Was denken Sie selbst über die Auswirkungen Ihres Alkoholkonsums?«.
- *Aktiv zuhören.* Das heißt, das Gehörte so zurückmelden, dass der Patient sich zutiefst verstanden fühlt. Beispiel: Patient: »Ich hatte noch nie ein Delirium‹ Pflegeperson: »Sie sind froh, dass die Entgiftung bisher so problemlos abgelaufen ist‹
- Die *Wertschätzung* ermöglicht den Aufbau einer helfenden Beziehung. Beispiel: »Mich beeindruckt, wie sehr Sie sich um eine Veränderung bemühen‹

23.8.5 Kurzintervention

Neben der eher ausführlichen Variante des Motivation Interviews können im Pflegealltag auch Kurzinterventionen ihren Platz finden.

Um den Betroffenen weiterhin darin zu unterstützen, die Realität seines Trinkverhaltens wahrzunehmen, kann folgendes geschlossenes Fragenmodell genutzt werden, das 1974 von Mayfield et al. entwickelt wurde. In der (ärztlichen) Praxis dient es als eines der Diagnoseinstrumente, die Aufschluss über das Trinkverhalten geben.

Die *CAGE-Fragen:*

- **C**ut down (herunterbrechen): »Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Sie müssten Ihren Alkoholkonsum vermindern?«
- **A**nnoyed (aufgeregt): »Haben andere Personen Sie dadurch geärgert, dass sie Ihr Trinkverhalten kritisiert haben?«
- **G**uilt feeling (Gewissensbisse): »Haben Sie sich jemals schlecht oder schuldig wegen Ihres Trinkens gefühlt?«
- **E**ye opener (Augenöffner): »Brauchen Sie morgens Alkohol, um erst richtig leistungsfähig zu werden?« (Mayfield et al. 1974, zit. nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001)

Auch hiermit wird eine Hinwendung zur realen Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten gefördert.

23.9 Überleitung – Netzwerke

Oft ist der Patientenkontakt in der Pflege eher von kurzer Dauer. Insbesondere nach einer klinischen Behandlung besteht die Gefahr, dass der Patient ins scheinbar Ungewisse entlassen wird. Dies gilt es möglichst zu vermeiden, denn:

Die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen ist immer ein Gemeinschaftswerk unterschiedlicher Hilfesysteme. Kein Hilfesystem alleine kann das Phänomen Sucht versorgen bzw. behandeln.

Um den Patienten eben nicht sich selbst zu überlassen, soll ihm die Kontaktaufnahme mit einem weiterführenden Hilfesystem ermöglicht werden. Je nachdem, in welchem Pflegekontext der Patient erreicht wurde, bieten sich unterschiedliche Anlaufstellen an:

- in Suchtfragen ausreichend qualifizierte (Haus-) Ärzte,
- psychosoziale Beratungsstellen für Suchtkranke,
- Tagesstätten und betreute Wohnformen für Suchtkranke,
- sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter,
- niedergelassene Suchttherapeuten.

Es ist daher zu empfehlen, entsprechende Kontakte zu pflegen oder zumindest die Anlaufadressen zur Verfügung zu haben. Ein zusammen mit dem Patienten telefonisch vereinbarter Termin kann den Schritt in das nächste Hilfesystem erheblich erleichtern.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Bei welchen Anzeichen kann eine Alkoholabhängigkeit vermutet werden? ▶ Kap. 23.4.1
- Wie gestaltet sich idealtypisch der Verlauf des Gamma-Alkoholismus? ▶ Kap. 23.2.2
- Was ist unter co-abhängigem Verhalten zu verstehen und wie kann man sich als Pflegender davor schützen, selbst ein co-abhängiges Verhalten zu entwickeln? ▶ Kap. 23.5
- Welche Kommunikation mit dem Patienten fördert seine Krankheitseinsicht und seine Behandlungsbereitschaft? ▶ Kap. 23.8.1
- Welche körperlichen Schäden können alleine durch Alkoholmissbrauch entstehen? ▶ Kap. 23.3.1
- Welche Abwehrmechanismen kennen Sie? ▶ Kap. 23.7.1

Literatur

Alkohol. Basisinformation DHS (2004) Hamm
Arend H (1999) Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Beltz, Weinheim
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis. Berlin
Feuerlein W (1998) Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart
Hunziker A (1997) Alkoholkrankheit Alkoholmissbrauch
Kolitzus H (2000) Ich befreie mich von Deiner Sucht – Hilfen für Angehörige von Suchtkranken. Kösel, München
Körkel J, Veltrup C (2003) Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie 4: 115
Lindenmayer J (1999) Alkoholabhängigkeit. Hogrefe, Göttingen
Lindenmayer J (1994) Lieber schlau als blau. Beltz, Weinheim
Sommerbauer (2003) Pflegemodell nach Dorothea Orem. Österreichische Pflegezeitschrift 8-9
Miller W, Rollnick S (1999) Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg
Schmidbauer W (2002) Helfersyndom und Burnoutgefahr. Urban & Fischer, München
Schmidt L (1997) Alkoholkrankheit und Missbrauch. 4. Aufl Kohlhammer, Stuttgart
Wienberg G (Hrsg) (1994) Die vergessene Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn
Wienberg G, Driessen M (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag Bonn

24 Gerontopsychiatrie

R. Hellweg, Esther I. Strittmatter

24.1 Organische Störungen – 322
24.1.1 Demenzen – 322
24.1.2 Leichte kognitive Störung – 327
24.1.3 Delir – 328

24.2 Affektive Erkrankungen – 329
24.2.1 Depression – 329
24.2.2 Manie und bipolare Erkrankungen – 330

24.3 Schizophrenie – 332

24.4 Weitere psychische Erkrankungen im Senium – 333
24.4.1 Sucht – 333
24.4.2 Schlaf und Schlafstörungen – 334
24.4.3 Angst- und Zwangsstörungen – 334

Literatur – 335

In Kürze

Angesichts des demographischen Wandels in Deutschland und anderen Industriestaaten erlangen Erkrankungen des höheren Lebensalters wachsende Bedeutung. Nach den kardiovaskulären und onkologischen Erkrankungen kommen die psychischen Störungen bei älteren Menschen am drittthäufigsten vor. Dabei sind Demenzen und Depressionen mit Abstand die häufigsten psychischen Störungen. Weiterhin sind schizophrene Störungen, Angststörungen, Schlafstörungen und Sucht von Bedeutung (Helmchen et al., 1996).

Eine der größten Herausforderungen der Gerontopsychiatrie besteht in der Unterscheidung zwischen physiologischen Alterungsprozessen und krankhaften Störungen. Erschwerend tritt hinzu, dass im Alter häufig mehrere Krankheiten gleichzeitig auftreten, die sich gegenseitig beeinflussen können (Multimorbidität). So bestehen Wechselwirkungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Gerontopsychiatrische Diagnostik ist ein vielschichtiger Prozess, der sich an den Prinzipien der medizinischen Diagnostik und an der Klassifikation nach ICD 10 und DSM IV orientiert. Die Anamneseerhebung, der psychopathologische Befund und die körperliche Untersuchung sind vergleichbar mit denen bei jüngeren Patienten. Neben der Erfassung der somatischen und psychischen Probleme ist es notwendig, die derzeitigen Lebensumstände zu ergründen. Der psychosoziale Kontext (Beruf/Rente, somatische und psychische Krankheiten, Partnerschaft, Kinder, Wohnsituation, soziale Kontakte und Freizeitverhalten, finanzielle Situation) sollte frühzeitig erfragt und in das therapeutische Gesamtkonzept integriert werden. Die Information durch Angehörige (Fremdanamnese) spielt insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Patienten eine wichtige Rolle. Jedoch sollte gegenüber den Patienten der Eindruck vermieden werden, dass Dinge hinter ihrem Rücken geschehen könnten.

Ältere Menschen weisen oft eine atypische Krankheitspräsentation sowie ein Phänomen der verminderten Reserve auf. Sie brauchen oft länger und müssen sich erst auf die neue Untersuchungssituation einstellen. Wichtig ist, bisherige Lebens- und Problemlösungsstile bei der Bewertung und Therapie der Erkrankung zu beachten und Perspektiven zu vermitteln.

Bei der somatischen Diagnostik ist insbesondere auf Ernährungszustand, Dehydrierung, Sehkraft, Hörvermögen, Kontrakturen, Dekubitalgeschwüre, Hämatome, Wunden, und selbstverständlich die Vitalparameter zu achten.

Wissensinhalte

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie:

- Ursachen, Klinik, Verlauf und Behandlung demenzieller Syndrome
- Manifestation und Behandlung affektiver und schizophrener Erkrankungen im Alter
- Schlafstörungen, Abhängigkeit und Angsterkrankungen im Alter

24.1 Organische Störungen

24.1.1 Demenzen

Die Weltgesundheitsorganisation definiert **demenzielle Syndrome** als »erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinstrübung«. Im Gegensatz zur Minderbegabung bedeutet dies eine erworbene Verschlechterung einer vorher größeren intellektuellen Leistungsfähigkeit.

Wesentliche Voraussetzung für die Diagnosestellung ist der Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses, einer Beeinträchtigung in mindestens einem weiteren neuropsychologischen Teilbereich und eine damit verbundene deutliche Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Diese Symptome müssen mindestens 6 Monate bestanden haben.

Derzeit sind 10–12 % der über 64-Jährigen an einem demenziellen Syndrom erkrankt. Davon leiden 40–60 % an einer Demenz vom Alzheimer-Typ, 15–20 % an einer vaskulären Demenz und 10–15 % an Mischformen. Die Inzidenzraten für eine Altersdemenz verdreifachen sich alle 10 Jahre (0,3–0,5 % für 60–69 J., 1,2–2,3 % für 70–79 J., 3,3–3,9 % für 80 J.).

Ätiologie

Es werden primär degenerative Demenzen von demenziellen Syndromen, die als sekundäre Komplikationen bei anderen Grunderkrankungen auftreten und häufig reversibel sind, unterschieden. Zu den primär degenerativen Demenzen zählen Alzheimer-Demenz, Demenz-Mischformen, Lewy-Körperchen-Demenz, Parkinson-Demenz, Morbus Pick, Chorea Huntington und Creutzfeld-Jacob-Erkrankung. Sekundäre demenzielle Syndrome treten auf bei Fehl- bzw. Mangelernährungen (Vitamin-B_1-, -B_{12}-, Folsäuremangel, Alkoholabhängigkeit), endokrinen Störungen (Hypo-/Hyperthyreose, Hypo-/Hyperthyreoidismus, Nebennierenrinden-unter-/-überfunktion), Kollagenosen, metabolischen Störungen (Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Fettstoffwechselstörungen), entzündlichen ZNS-Erkrankungen (Multiple Sklerose, Neurolues, Neuroborreliose, HSV-Enzephalitis) und dem sog. Normaldruckhydrozephalus. Ferner können Medikamentennebenwirkungen (Sedativa, Neuroleptika, Lithium) und depressive Erkrankungen demenzielle Syndrome vortäuschen. Die Prävalenz sekundärer demenzieller Syndrome beträgt 13–15 %.

Erfüllt ein Patient die Kriterien einer Demenz, ist es wichtig, die Ursache der Demenz herauszufinden. Aufgrund der durch die Krankheit bedingten kognitiven Einschränkung des Patienten stellt die Fremdanamnese von Angehörigen und Bezugspersonen die wichtigste Informationsquelle dar. Erfasst werden Art und Beginn der Symptomatik, Verlauf der Erkrankung, Verhaltensauffälligkeiten, Medikamenteneinnahme und Alkoholkonsum. Weiterhin sind Angaben zur Abschätzung der Primärpersönlichkeit, zum Ausbildungs- und Bildungsstand, zur Lebensgeschichte und sozialen Situation sehr wichtig.

Praxisbox

Es ist von Nöten auch Symptome, wie Angst, Aggressivität, Unruhe, Schlafstörungen und Wahn, die zu Belastungen der Angehörigen führen können, zu erfassen. So können frühzeitig soziale Hilfen zur Krankheitsbewältigung vermittelt und therapeutische und rehabilitative Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei der Differenzialdiagnostik helfen ferner die körperliche Untersuchung und zusätzliche Untersuchungsverfahren. Die bildgebenden Verfahren (kraniale Computertomographie, Magnetresonanztomographie) erlauben neben der Atrophiebeurteilung die Detektion von vaskulären Läsionen, intrazerebralen Neoplasien, subduralen Hämatomen, Normaldruckhydrozephalus, entzündliche Läsionen sowie eine Atrophiebeurteilung. Als Basisparameter sollten im Labor Blutbild, Differenzialblutbild, CRP/BSG, Elektrolyte, GOT, GPT, gGT, AP, Bilirubin, Ammoniak, Kreatinin, Harnsäure, Glukose, Lipide, Cholesterin, TSH, Vitamin B_{12}, Folsäure, HIV-Serologie, TPHA und Homoglycinsäure untersucht werden. Eine Liquoranalytik empfiehlt sich bei Verdacht auf metastasierende Malignome, ZNS-Infektion, serologisch positive Syphilis, Hydrozephalus, Immunsuppression, Immunvaskulitis mit ZNS-Beteiligung sowie bei allen Patienten, die jünger als 55 Jahre sind.

Alzheimer-Demenz

Der Alzheimer-Krankheit liegt ein über Jahrzehnte langsam fortschreitender subtiler Untergang von Nervenzellen zugrunde, der insbesondere die Temporal- und Parietallappen in beiden Hirnhemisphären befällt. Sie beginnt häufig schleichend und verläuft langsam progredient.

Die frühe präsenile Form der Alzheimer-Demenz (Beginn vor dem 60. Lebensjahr) dauert im Schnitt 3–6 Jahre, während die Gesamtdauer der späteren, häufigeren Form 8–10 Jahre beträgt.

Anfänglich machen sich Gedächtnisstörungen für kürzer zurückliegende Ereignisse mit einer Störung des Erlernens von neuen Informationen sowie frühzeitig räumliche Orientierungsstörungen bemerkbar.

Erste Wortfindungsstörungen treten auf. Im mittleren Stadium greifen die Gedächtnisstörungen allmählich auf das langfristige Behalten über. Am längsten bleiben Altgedächtnisleitungen, insbesondere bezüglich der persönlichen Biographie, erhalten. Auch in vertrauter Umgebung besteht nun Desorientiertheit. Es kommen Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (Abstraktion, Urteilsfähigkeit) und Hirnwerkzeugstörungen (aphasische, apraktische und agnostische Störungen) hinzu.

Charakteristisch ist ein Verlust des Antriebs und der Initiative, wobei die Persönlichkeit des Patienten häufig lange erhalten bleibt. In den ersten Jahren ist die Stimmung häufig ängstlich, unsicher, ratlos und depressiv. An nicht kognitiven Symptomen können auch Unruhezustände, Wahn, Halluzinationen, Aggressionen und Agitiertheit im Vordergrund stehen. Im späten Stadium sind alle kognitiven Funktionen auf das Schwerste gestört. Es dominieren die Verhaltensstörungen (Apathie, Agitiertheit, Aggressionen, Unruhe, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus). Neurologisch zeigen sich Symptome, wie Gangstörung, Sturzneigung, parkinsonähnliche Symptomatik, Dysphagie, epileptische Anfälle, Blasen- und Darminkontinenz. Aufgrund der Immobilität kommt es zu einer vermehrten Anfälligkeit für Infektionen. Die häufigsten Todesursachen sind Lungenentzündungen und aufsteigende Harnwegsinfektionen.

Ätiologie

Die Ätiopathogense der Alzheimer Demenz ist komplex. Histopathologisch zeichnet sie sich extrazellulär durch Beta-Amyloid-haltige Plaques und intrazellulär durch die Bildung von tau-positiven Fibrillenbündeln in den betroffenen Neuronen aus. Ob die Ablagerung von Amyloid zur Bildung neurofibrillärer Bündel führt oder die Entstehung von neurofibrillären Bündeln die Plaquebildung initiiert, wird kontrovers diskutiert. Im Rahmen des neurodegenerativen Prozesses kommt es zu einem erheblichen Nervenzellausfall mit einer messbaren Reduktion neuronaler Synapsen.

Die Ausbreitung des neurodegenerativen Prozesses von früh betroffenen hippokampalen Arealen auf neokortikale Areale ist mit der Ausbildung eines klinisch fassbaren Demenzsyndroms assoziiert. Bei insgesamt 5–10 % aller Alzheimer-Patienten finden sich mehr als 2 erstgradige Verwandte, die ebenfalls eine Alzheimer-Demenz haben. Verschiedene autosomal dominant vererbte Genmutationen konnten bislang identifiziert werden (bei 1–3 % Mutation des APP-Gens auf Chromosom 21 – Manifestationsalter 40–50 Jahre, 70 % Mutation des Presenilin 1-Gens auf Chromosom 14 – Manifestationsalter 30–40 Jahre, wenige Mutationen des PS2-Gens auf Chromosom 1 – Manifestationsalter 50–65 Jahre). Etwa 90 % der Patienten leiden jedoch an einer »sporadischen« Form der Alzheimer-Demenz, die nicht familiär gehäuft auftritt. Auch für diese Patientengruppe gibt es Hinweise auf eine genetische Prädisposition (Vulnerabilitätsgene: z. B. Apolipoprotein-E-Gen, e4-Allel). Das Apo-E4-Allel ist mit früherem Erkrankungsbeginn assoziiert, erhöht jedoch nicht das absolute Risiko an einer AD zu erkranken (Selkoe, 2001).

Bei Aufklärungen von Patienten und Angehörigen sollte also darauf hingewiesen werden, dass Vererbungsgesichtspunkte nur bei einer kleinen Gruppe von weniger als 10 % der Alzheimer-Patienten eine direkte Rolle spielen.

Zur Krankheitsprädiktion können genetische Analysen bei nicht symptomatischen Angehörigen in Familien mit bekannten Mutationen (PS1, PS2, APP) als auch bei begründetem Verdacht auf eine positive Familienanamnese durchgeführt werden. Ohne diesen Hintergrund ist die Suche nach den genannten Mutationen nicht sinnvoll. Zur Prädiktion ist die Bestimmung des Apo-E-Genotyps nicht zu empfehlen.

Da die Alzheimer-Erkrankung nur post mortem histopathologisch eindeutig zu diagnostizieren ist, wird die Diagnose gemäß ICD 10 im Ausschlussverfahren gestellt.

Neuropsychologisch eignen sich zur Frühdiagnostik besonders die Testung bestimmter kognitiver Teilleistungen (verzögerter Abruf verbal und visuell dargebotener Informationen) und der Uhrentest. Derzeit wird versucht, mittels bildgebender Verfahren und Liquoranalytik Positivkriterien für eine Alzheimer-Erkrankung zu etablieren (u. a. cMRT: Erweiterung der Liquorräume [außen > innen, parietal/temporal > frontal > okzipital], Hippokampusatrophie, Liquor: Beta-Amyloid-Peptide A-beta1-42 im Liquor erniedrigt, p-tau erhöht).

Pharmakotherapie

Gemäß dem zugrunde liegenden progredienten neurodegenerativen Geschehen begrenzen sich die therapeutischen Strategien auf die Verlangsamung eines weiteren kognitiven Leistungsverlusts. Je nach Stadium der Alzheimer-Krankheit sind unterschiedliche therapeutische Interventionen erforderlich. Gegenwärtig existieren folgende Behandlungsansätze:

- Krankheitsprävention (z. B. Behandlung einer Hypercholesterinämie),
- Neuroprotektion (u. a. Antioxidanzien),
- Neuroregeneration (z. B. neurotrophe Substanzen),
- Transmittersubstitution (Acetylcholinesteraseinhibitoren).

Indikation

Die Acetylcholinesteraseinhibitoren (Donepezil [Aricept], Rivastigmin [Exelon], Galantamin [Reminyl]) sind bei einer leicht- bis mittelgradigen Demenz vom Alzheimer-Typ indiziert und zugelassen. Sie gleichen das bestehende cholinerge Defizit aus und führen zu einer Verzögerung der Krankheitsprogression von ungefähr 5 Monaten. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen). Ebenfalls für die Behandlung der Alzheimer-Krankheit zugelassen ist Memantine (Axura, Ebixa). Dieser gut verträgliche, nicht-kompetitiver NMDA-Rezeptor-Antagonist besitzt zusätzlich neuroprotektive Eigenschaften. Um festzustellen, ob ein Therapieeffekt eintritt sollte 3–6 Monate behandelt werden. Als Behandlungserfolg ist bereits eine Stabilisierung des Ausgangsniveaus bzw. eine Verlangsamung des Fortschreitens zu werten. Nootropika (Piracetam, Nimodipin, Nicergolin, Pyritinol, Ginkgo-biloba-Extrakt) sind als Antidementiva nach Arzneimittelgesetz zugelassen, jedoch ist die Datenlage in kritischer Bewertung nicht ausreichend, um generell als Antidementivum empfohlen zu werden.

Die nicht kognitiven Symptome sind mit einer zunehmenden Alltagsbeeinträchtigung, einem Verlust an Lebensqualität für den Demenzkranken verbunden. Außerdem stellen sie in der Versorgung eine erhebliche Belastung für die pflegende Bezugsperson dar und sind eine der Hauptursachen für eine frühzeitige Institutionalisierung. Psychomotorische Unruhezustände, Aggressivität, Störung des Tag-Nacht-Rhythmus, Wahn und Sinnestäuschung werden durch Antipsychotika deutlich reduziert. Atypische Antipsychotika zeichnen sich durch eine bessere Verträglichkeit ohne Wirksamkeitseinbußen aus. Zu bedenken ist, dass Patienten mit hirnorganischer Vorschädigung besonders häufig extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen entwickeln. Eine Behandlungsalternative bei psychomotorischen Unruhezuständen und Aggressivität stellen Antiepileptika dar. Bei depressiven Symptomen werden selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer als Antidepressiva empfohlen. Benzodiazepine sollten nur kurzfristig bei Ängsten, Unruhezuständen und Schlafstörungen eingesetzt werden, da sie zu einer Zunahme der kognitiven Beeinträchtigung, zu Sturzneigung und Abhängigkeit führen können.

Ethische Aspekte und nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren

Der Patient sollte im Beisein seiner Familie adäquat über die Erkrankung, ihren Verlauf und ihren Ausgang informiert werden. Die wahrheitsgemäße Information ermöglicht Angehörigen, viele im Alltag auftretende Probleme einzuordnen und dadurch besser zu bewältigen. Ferner bildet die Diagnose die Grundlage für eine gezielte, frühzeitige Behandlung. Nicht zuletzt werden die Patienten mit ihren Angehörigen in die Lage versetzt, Vorkehrungen für die künftige Lebensgestaltung zu treffen und Wünsche in Form einer Patientenverfügung zum Ausdruck zu bringen. Es sollten soziale Betreuungsangebote, Spezialeinrichtungen für Demenzkranke, Beratungsstellen, Angehörigengruppen mitgeteilt werden und Hinweise auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, Haushaltshilfen oder ambulanten Pflegediensten erteilt werden.

Nicht-medikamentöse Interventionsstrategien sind eine wesentliche und notwendige Ergänzung zur pharmakologischen Behandlung (kognitive Verfahren, psychosoziale und psychoedukative Interventionen). Grundsätzlich steht die konstante und einfühlsame Beziehung zu dem Patienten bzw. seiner Familie im Mittelpunkt. Um depressiven Verstimmungen und sozialem Rückzug entgegenzuwirken, ist es wichtig, die noch vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten wahrzunehmen, erhaltene Kompetenzbereiche zu respektieren und damit die Selbstbestimmung soweit wie möglich zu wahren, dem Kranken Mut zuzusprechen und Bestätigung zu vermitteln. Dies trägt dazu bei, dem Erkrankten eine Atmosphäre von Toleranz, Geborgenheit und Zuwendung zu verschaffen, in der seine Wünsche und Bedürfnisse Beachtung finden. Auch für die Bezugsperson ist es wichtig, die Welt des Kranken zu akzeptieren und zu lernen, mit welchen Ausdrucksformen der Kranke auf sein Erleben und Empfinden ver-

weist und wie er sich mit seinen Bedürfnissen im Alltag mitteilt.

Ziel ist eine optimale Nutzung der noch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kranken. Psychotherapeutische Interventionen verbessern Depressionen und Verhaltensstörungen der Demenzkranken, vermindern den Belastungsgrad der Pflegenden und erhöhen die Motivation zur Fortsetzung der häuslichen Pflege.

Kognitive und übende Verfahren (wie z. B. virtueller Einkauf mit einem alltagsbezogenen interaktiven Computerprogramm) verbessern zwar nicht die Gedächtnisleistung, aber sie haben positive Auswirkungen auf die Bewältigung alltäglicher Aufgaben und vermindern den Anteil depressiver Verstimmungen. Auch aktiver Verhaltenstherapie, in Form von freudvollen Aktivitäten oder der Einübung von Problemlösestrategien zur Modifizierung von problematischen Verhaltensweisen, führt zu einer signifikanten Verbesserung der Depression. Ferner wird versucht, Wahrnehmung und Orientierung der Kranken zu erleichtern. So können Bezugspersonen regelmäßig die wichtigsten Informationen über den Alltag, insbesondere zu Zeit, Ort, Person oder Tagesablauf, wiederholen. Die Anpassung an die Umgebung gelingt umso besser, je vertrauter und einfacher diese gestaltet ist. Beim Aufkommen von Wahn, Halluzinationen sowie Verkennung der Umgebung sind eine klare Strukturierung der Umgebung und eine Überschaubarkeit des Alltags wichtig (z. B. auch Spiegel entfernen, Fernseher ausschalten, Vorhang abends zuziehen).

Biographische Methoden versuchen, die im Verlauf der Krankheit immer weiter verblassende Erinnerung zu stützen und den Verlust der personalen Identität zu verhindern. Geeignete Materialien sind u. a. Bücher, Zeitungsausschnitte, Familienalben oder Musikstücke. Im späten Stadium der Demenz sind über basale Aktivitäten (z. B. Musik- oder Bewegungstherapie) spürbare Verbesserungen im Bereich Stimmung und des Verhaltens zu erzielen. Obwohl manche Heimbewohner mit Unterstützung des Pflegepersonals in der Lage wären, ausreichend zu essen und zu trinken, werden viele von ihnen aus Gründen der Pflegeerleichterung künstlich durch Infusionen, Nasensonden oder mithilfe einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) ernährt. Aus dem gleichen Grund werden Inkontinenzhilfen oder Dauerkatheter angelegt. Dekubitusprophylaxe und -therapie werden kaum praktiziert. Fixierungen und andere bewegungseinschränkende Maßnahmen werden oft ohne zwingende Notwendigkeit und während längerer Zeiträume durchgeführt. Neuroleptika, deren Verordnung zur Behandlung krankheitsbedingter Verhaltensauffälligkeiten angezeigt sein kann, werden zu häufig, zu lange und in zu hoher Dosierung verabreicht.

Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz unterscheidet sich von der Demenz bei Alzheimer-Krankheit durch den Beginn, die klinischen Merkmale und den Verlauf. Es gibt keine einheitliche klinische Symptomatik der vaskulären Demenz. Für die Diagnose einer vaskulären Demenz werden folgende Hinweise auf eine zerebrovaskuläre Erkrankung gefordert (Roman et al., 1993):

- Vorhandensein eines fokal neurologischen Defizits oder
- strukturelle zerebrovaskuläre Veränderungen in der Bildgebung.

Die Anamnese ist oft positiv für vaskuläre Risikofaktoren und vorangegangene Schlaganfälle in Kombination mit kognitivem Abbau. Ein plötzlicher Beginn und eine schrittweise Verschlechterung des kognitiven Abbaus erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Diagnose.

Die Prävalenz der vaskulären Demenz beträgt bei über 65-Jährigen 1–4 % und bei über 75-Jährigen 2–8 %. Eine vaskuläre Demenz tritt gehäuft im 1. Jahr nach einem Schlaganfall auf. Männer sind etwas häufiger betroffen.

Ätiologie

Strukturelle Veränderungen bei der vaskulären Demenz können mehrere große kortikale Infarkte (Multiinfarktdemenz), kleine Infarkte an kritischer Stelle (strategische Infarkte), eine Vielzahl kleinerer lakunärer Infarkte, ausgeprägte diffuse ischämische Veränderungen der subkortikalen weißen Substanz oder Blutungen umfassen. Das Risikoprofil beinhaltet: Hypertonie, Lipidstoffwechselstörung, Hyperhomozysteinämie, koronare Herzkrankheit, Vor-

hoffflimmern, Diabetes mellitus, Rauchen, höheres Alter, niedriger Bildungsstand, frühere Schlaganfälle, Karotisstenose und ApoE4-Allel.

Informationen zu Infarktmorphologie und -verteilung liefern die bildgebenden Verfahren (CCT, cMRT). Im EEG können diffuse allgemeine Verlangsamung, Anfallsmuster oder fokale Läsionen nachweisbar sein. In den neuropsychologischen Untersuchungen zeigen Patienten mit vaskulärer Demenz deutlich bessere Testleistungen des verbalen mittel- und langfristigen Gedächtnisses als Patienten mit Alzheimer-Krankheit. Hingegen fallen die Leistungen in Exekutivfunktionen, Wortflüssigkeitsaufgaben, Aufmerksamkeit und motorischer Geschwindigkeit schlechter aus.

Die Bedeutung dieser Demenzform liegt in dem z. T. kausal angreifenden Therapieansatz durch Behandlung der vaskulären Risikofaktoren sowie in der effizienten Sekundärprophylaxe. Bislang gibt es keine generelle Empfehlung für eine spezifische Pharmakotherapie. Alle Pharmaka, deren Therapieeffekte bei der Alzheimer-Demenz untersucht worden sind, werden letztendlich auch bei der vaskulären Demenz eingesetzt. Dies resultiert einerseits aus der bestehenden diagnostischen Unsicherheit, andererseits gibt es zwischen beiden Erkrankungen durchdringende pathophysiologische Überschneidungen, die ein derartiges Vorgehen rechtfertigen. Für Memantine und die Azetylcholinesteraseinhibitoren konnte eine Wirksamkeit bei vaskulärer Demenz und bei Mischformen nachgewiesen werden, es liegt jedoch keine spezifische Zulassung vor.

Ausgewählte andere neurodegenerative Demenzursachen

Frontotemporale Demenz

Bei der frontotemporalen Demenz ist insbesondere der Frontallappen vom Nervenzelluntergang betroffen. Der klinische Beginn liegt meist in der 5. oder 6. Lebensdekade. Die durchschnittliche Überlebenszeit beträgt 6 Jahre. Im Gegensatz zur Alzheimer Demenz stehen nicht-kognitive Symptome im Vordergrund.

Frühzeitig kommt es zu einer Veränderung der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens (Enthemmung, Antriebsminderung, fehlende Empathie, Affektverflachung, Vernachlässigung der Hygiene, veränderte Essgewohnheiten).

Typischerweise fehlt die Krankheitseinsicht. Die Störungen des Gedächtnisses und der Orientierungsfähigkeit sind nur gering ausgeprägt. Ätiopathogenetisch konnte eine Mutation im Tau-Gen auf Chromosom 17 nachgewiesen werden. Azetylcholinesterasehemmer sind nicht wirksam.

Lewy-Körper-Demenz

Lewy-Körperchen sind unspezifische, rundliche intraneuronale Einschlusskörper, die bei vielen neurodegenerativen Erkrankungen vorkommen.

Charakteristisch für die Lewy-Körper-Demenz sind starke Schwankungen der Aufmerksamkeit, lebhafte optische Halluzinationen, leichtgradige Parkinson-Symptomatik und Überempfindlichkeit gegen Neuroleptika. Zu Beginn treten oft nur diskrete Gedächtnisstörungen auf.

Die Häufigkeit der Lewy-Körper-Demenz beträgt knapp 11 %. Der klinische Beginn liegt meist jenseits des 70. Lebensjahres. Die durchschnittliche Überlebenszeit beträgt 2–5 Jahre. Die meisten Krankheitsfälle sind sporadisch. Es gibt einen autosomaldominanten Erbgang durch eine Mutation im alpha-Synuklein-Gen. Die funktionelle Bildgebung zeigt eine Stoffwechselminderung über dem gesamten Kortex. Das kortikale cholinerge Defizit ist noch ausgeprägter als bei der Alzheimer-Krankheit. Dies erklärt, dass die Behandlungserfolge mit Azetylcholinesterasehemmern ausgeprägter sind als bei der Alzheimer-Krankheit. Neben einer Stabilisierung der kognitiven Leistungen, scheinen sie auch Halluzinationen positiv zu beeinflussen.

24.1.2 Leichte kognitive Störung

Die leichte kognitve Störung (»mild cognitive impairement«: MCI) geht quantitativ über altersbedingte Leistungsstörungen hinaus, führt jedoch nicht zu deutlicheren Alltagsbeeinträchtigungen.

Kognitive Beeinträchtigungen sind keine Seltenheit im Alter. Differenzialdiagnostisch ist es wichtig, normales Altern von der leichten kognitiven Störung und die leichte kognitve Störung von der Demenz abzugrenzen. Die aktuelle Forschung geht vorwiegend von einer Kontinuitätshypothese aus, in der die Demenz den Endpunkt eines Kontinuums von normaler Kognition über das MCI-Sta-

dium darstellt. Aktuell wird davon ausgegangen, dass innerhalb eines Jahres 15 % der Fälle von leichter kognitiver Störung zu einem Demenzsyndrom konvertieren (Petersen et al., 2001). Die Prävalenz der leichten kognitiven Störung liegt bei 10–15 % der über 65-Jährigen. Die Ursachen leichter kognitiver Beeinträchtigungen ähneln denen demenzieller Erkrankungen. Aus epidemiologischen Gründen würde sie am häufigsten das Prodromalstadium einer Alzheimer-Demenz darstellen, aber auch andere primäre Ursachen (z. B. vaskuläre Demenz) wären möglich. Geht man von einem Kontinuum des kognitiven Abbaus aus, so schafft die ätiologische Zuordnung im frühen Stadium eines neurodegenerativen Prozesses die Voraussetzung, eine adäquate symptomatische Pharmakotherapie zu beginnen. So könnte wahrscheinlich der größte Nutzen hinsichtlich einer Verzögerung der Krankheitsprogression realisiert werden.

Kasuistik

Fallbeispiel: Eine 67-jährige Hausfrau kommt zusammen mit ihrem Ehemann in die Gedächtnissprechstunde. Sie wirkt ratlos und äußert Ärger über ihren Mann, der sie ohne Grund mit zu diesem Termin genommen habe. Der Ehemann hingegen ist sehr besorgt. Er erzählt, seine Frau vergesse beim Einkaufen oft die Hälfte und koche auch nicht mehr so gut wie früher. Neulich habe sie sich sogar in der Nachbarschaft verlaufen. Auch halte sie sich nicht an vereinbarte Termine. Unlängst habe er eine Wurst im Kleiderschrank gefunden und die Kaffeemaschine sei kaputt gegangen, da seine Frau den Kaffee direkt in den Wasserbehälter gefüllt habe. Es gebe viel Streit zu Hause, da seine Frau ihre Fehler nicht einsehen würde. An den Beginn der Gedächtnisprobleme könne er sich nicht erinnern. Alles werde jedoch schleichend immer schlechter.

In der neuropsychologischen Testung erreichte die Patientin 16 von 30 Punkten im Mini-Mental-State-Test. Insbesondere hatte sie Schwierigkeiten bei der Wiedergabe von Wörtern und im Uhrentest. Sowohl die körperliche Untersuchung als auch die Laborparameter waren unauffällig.

Fragen zum Fallbeispiel:

1. Wie lautet die Verdachtsdiagnose?
2. Was sind Differenzialdiagnosen und warum sind sie unwahrscheinlich?
3. Was erwarten Sie in der Kernspintomographie?
4. Welche Hilfen sind für das Ehepaar wichtig?

Antworten:

1. Alzheimer-Demenz.
2. Vaskuläre Demenz (kein neurologisches Defizit, kein plötzlicher Beginn, keine schrittweise Verschlechterung), MCI (Alltagsbeeinträchtigung vorhanden), frontotemporale Demenz (Gedächtnisstörung, nicht Veränderung der Persönlichkeit steht im Vordergrund), Lewy-Körper-Demenz (keine Fluktuation, keine Halluzination, keine Parkinsonsymptomatik).
3. Normalbefund oder temporoparietal betonte Atrophie oder Hippokampusatrophie.
4. Pharmakotherapie (Azetylcholinesterasehemmer oder Memantine), Psychotherapie, Psychoedukation, Vermittlung von sozialen Betreuungsangeboten, ambulanten Pflegediensten, Beratungsstellen, Angehörigengruppen.

24.1.3 Delir

Von den Demenzsyndromen sind kurzzeitige hirnorganische Störungen im Sinne eines Delirs abzugrenzen. Es handelt sich um eine unspezifische Funktionsstörung des Gehirns infolge Einwirkung von Noxen.

Delire gehen mit einer Störung des Bewusstseins, der Wahrnehmung und Desorientiertheit einher. Der Beginn ist gewöhnlich akut. Die Symptomatik ist fluktuierend.

Ätiologie

Die Ätiologie ist uneinheitlich: Im Alter entstehen sie am häufigsten durch körperliche Erkrankungen (Infektionen, Exsikkose, Alkoholentzug). Weiterhin spielen medikamentös induzierte Delire (v. a. bei anticholinergen Substanzen) und Delire im Rahmen ärztlicher Interventionen (z. B. OP oder diagnostische Eingriffe) eine Rolle.

In den meisten Fällen klingt das Delir innerhalb von 1–2 Wochen ab. Ein Delir gilt als häufigste Kom-

plikation bei hospitalisierten Menschen (Inzidenz 20–40 %). Die Angaben zur Prävalenz schwanken zwischen 10 und 50 %.

Beim Delir handelt es sich um einen Notfall, der eine unverzügliche Therapie erfordert. Etwa ¼ aller alten stationären Delirpatienten stirbt innerhalb von 3–4 Monaten.

24.2 Affektive Erkrankungen

24.2.1 Depression

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. 15 % der über 65-Jährigen haben ein depressives Syndrom, 3 % eine schwere depressive Störung. Bei Multimorbidität und Verwitwet-Sein liegt eine höhere Prävalenz vor. 40 % der Depressionen im Alter werden nicht korrekt diagnostiziert und behandelt. Frauen erkranken doppelt so häufig an unipolaren Depressionen, während bei den bipolaren Erkrankungen das Geschlechtsverhältnis gleich ist. In 25 % der Fälle kommt nur eine depressive Phase vor, 75 % jedoch rezidivieren. 65 % der Depressionen verlaufen unipolar, 30 % bipolar, 10 % haben eine submanische Nachschwankung.

Die unipolare depressive Erkrankung kann bei Älteren als Ersterkrankung oder wiederholte Phase auftreten. Bipolar-I- oder -II-Störungen beginnen nur sehr selten im Alter. Entsprechende Patienten sind meist schon vorbehandelt. Bei den anhaltenden affektiven Störungen können sich Dysthymien im Alter verstärken und haben ein fast 8faches Risiko, in eine schwere depressive Episode zu münden. Liegen eine majore Depression und eine Dysthymie gleichzeitig vor, spricht man von einer Double-Depression. Zyklothymien mit subdepressiven und submanischen Symptomen kommen in jedem Lebensalter vor.

Depressive Störungen im höheren Lebensalter unterscheiden sich nicht kategorial von jenen im jüngeren Lebensalter (diagnostische Leitlinien ▶ ICD 10 und DSM IV). Stimmungsschwankungen und traurige Verstimmungen gehören zu jedem menschlichen Leben, ebenso wie Phasen der Trauer, in denen Schicksalsschläge verarbeitet werden. Wenn jedoch Intensität und Dauer der seelischen Verstimmung deutlich über das gewöhnliche Maß hinausgehen, die Betroffenen in ihrem Lebensalltag Wochen und Monate beeinträchtigt sind und sie die depressive Verstimmung nicht mehr aus eigener Kraft und nicht mehr durch Zuwendung anderer überwinden können, ist das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression anzunehmen.

Häufig steht bei Patienten mit Depressionen im Alter die typische depressive Symptomatik (depressive Stimmung, Interessen- und Freudverlust, Antriebsstörung) nicht im Vordergrund. Oft präsentieren sich die Betroffenen mit körperlichen Symptomen und diffusen Schmerzen (somatisches Syndrom) sowie mit kognitiven Störungen, wie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Die Phasen sind länger, aber weniger ausgeprägt. Auch bei bipolar Erkrankten sind die Phasen prolongiert und nivelliert.

Die Prognose ist im Alter schlechter als bei Jüngeren. Eine schlechte Prognose ist ferner assoziiert mit dem Schweregrad (schlecht bei wahnhaften Depressionen), kognitiven Beeinträchtigungen und schwerwiegenden Lebensereignissen. Auch körperliche Erkrankungen können Therapie und Verlauf negativ beeinflussen.

Altersunabhängig begehen 10–15 % aller depressiv Erkrankten Suizid.

75 % der Suizidhandlungen werden angekündigt, 50 % suchen innerhalb des letzten Monats einen Arzt auf und 25 % noch in der letzten Woche. Während die Suizidrate mit dem Alter kontinuierlich zunimmt, nehmen Suizidversuche ab. Suizidversuche Älterer sind in der Regel viel ernster zu beurteilen. 2 von 3 Suiziden im Alter enden tödlich. Eine besondere Risikogruppe stellen verwitwete Männer über 65 Jahren dar. Als weitere Motive, sich selbst zu töten, gelten körperliche Erkrankungen (mit chronischem Verlauf, starken Schmerzen und geringen Heilungsaussichten), Vereinsamung, soziale Isolation und erzwungene Untätigkeit. Die häufigsten Suizidmethoden sind Erhängen, Erschießen (Männer), Einnahme von Arzneimittel oder Drogen (Frauen) und Sprung in die Tiefe.

Ätiologie

Man geht von einer multifaktoriellen Genese der Depression aus. Es liegt eine Imbalance verschiedener Botenstoffe vor (Noradrenalin- und Serotoninmangel im synaptischen Spalt, Störung der Hypothalamus-Hypophysen- und Nebennierenrindenachse). Weiterhin spielen die genetische Disposition sowie körperliche und hirnorganische Faktoren, biographische Belastungen und aktuelle psychosoziale Belastungen eine Rolle. Kumuliertes Verlusterleben (Verlust des Partners, Austritt aus dem Berufsleben, Umzug ins Heim) und soziale Isolierung sowie finanzielle Probleme sind alterstypische Auslöser für depressive Störungen. Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung eines depressiven Syndroms sind eine positive Familienanamnese, weibliches Geschlecht und Familienstand (höheres Risiko für Verwitwete, Geschiedene). Zerebrale Erkrankungen, bei denen häufig Depressionen auftreten, sind: Schädelhirntrauma, Hirninfarkt, Morbus Parkinson, Alzheimer-Krankheit, Chorea Huntington und Multiple Sklerose. Eine wichtige Differenzialdiagnose der Depression ist die Demenz.

Therapie

Auch bei Älteren ist heute als optimale Therapie die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie etabliert. Bei der Pharmakotherapie unterscheidet man die Akuttherapie von der (3-)6-monatigen Erhaltungstherapie. Danach schließt sich bei rezidivierenden und bipolaren Erkrankungen eine prophylaktische Therapie mit einem Antidepressivum oder Phasenprophylaktikum (Lithium, Carbamazepin, Valproat) über mehrere Monate bis Jahre an. Es ist zu beachten, dass der Wirkungseintritt eines Antidepressivums erst nach 10–14 Tagen erfolgt. Sofern die eine Gruppe der Antidepressiva – ausreichend lang (4 Wochen) und in ausreichender Dosierung gegeben – nicht wirkt, wird auf Antidepressiva einer anderen Gruppe umgestellt. Wenn immer noch keine Wirkung zu erzielen ist, werden Kombinationen mit Lithium, Schilddrüsenhormonen oder Amphetaminen versucht. Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) werden besser vertragen als trizyklische Antidepressiva.

Weiterhin sind die neuen Medikamente Mirtazapin, Venlafaxin, Nefazodon gut für alte Menschen verträglich. Wenn möglich sollten Benzodiazepine wegen Kumulation, Sturzgefahr, Sedierung und Abhängigkeit vermieden werden. Die Elektrokrampftherapie ist als sichere und sehr effektive Behandlungsmethode eine Therapiealternative. Unter Kurznarkose und Muskelrelaxation wird ein wenige Sekunden dauernder Krampfanfall ausgelöst. Als Nebenwirkung können Kurzzeitgedächtnisstörungen auftreten. Kontraindikationen sind Herzinfarkt, Aneurysma, zerebrales Angiom und erhöhter Hirndruck. Etwa 60 % aller depressiven Patienten profitieren von einem partiellen Schlafentzug in der zweiten Nachthälfte (ab 1:30 Uhr) im Sinne einer Stimmungsaufhellung und Antriebssteigerung. Die Wirkdauer von 1–2 Tagen ist kurz. Eine Lichttherapie wird v. a. bei atypischen Depressionen mit saisonalem Verlauf durchgeführt.

Die Psychotherapie beschränkt sich in der Akutphase auf Unterstützung, Beruhigung und geduldige Begleitung. Im subakuten Stadium kann verhaltenstherapeutisch und psychoedukativ gearbeitet werden. Es muss berücksichtigt werden, dass die Fähigkeit bei älteren Menschen, sich an Neues anzupassen, geringer ist. Die Therapieziele sollten begrenzt gehalten werden. Mögliche Ziele sind neben einer Linderung der Symptome eine Anpassung an die Veränderungen im Leben, das Akzeptieren eines gewissen Grades von Abhängigkeit und die Förderung positiv empfundener Aktivität. Es wird versucht passives Verhalten abzubauen und durch aktiveres zu ersetzen sowie resignative Kognitionen durch neue zu ersetzen. Zudem gibt es gute Erfolge mit stimulationsorientierenden Therapien, wie Musiktherapie und Bewegungstherapien. In der Psychoedukation soll die Symptomwahrnehmung geschult werden, um neue depressive Phasen schneller zu erkennen und anzugehen. Sozialpartner werden in das Programm miteinbezogen. In den Angehörigengruppen steht neben der Aufklärungsarbeit die Entlastung im Mittelpunkt. Sozialtherapeutisch sollte das Ziel die Wiederherstellung sozialer Kontakte sein.

24.2.2 Manie und bipolare Erkrankungen

Während Depressionen im Alter häufig sind, treten Manien oder Mischzustände deutlich seltener auf.

Bipolare und primär maniforme Erkrankungen manifestieren sich meist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Im Alter auftretende isolierte manische Störungen sind extrem selten. Symptomatische maniforme Störungen können bei körperlichen Erkrankungen, wie z. B. Frontalhirntumoren, Multipler Sklerose, Epilepsien, Lues, Alkoholismus, Thyreotoxikose, Morbus Cushing, oder pharmakogen nach Stimulanzien, Kortison, ACE-Hemmern, L-Dopa, Antidepressiva-Therapie auftreten.

Die Symptomatologie entspricht der in jüngeren Jahren. Zusätzlich zur Kernsymptomatik von gehobener Stimmung, Denkbeschleunigung, Enthemmung und Selbstüberschätzung mit Größenideen bis hin zu psychotischen Symptomen kommen Hyperaktivität, Logorrhö, vermindertes Schlafbedürfnis, erhöhte Reizbarkeit, Ablenkbarkeit und meist Fehlen von Krankheitseinsicht vor. Im Alter ist statt der Euphorie manchmal eher eine Dysphorie und aggressive Erregtheit festzustellen.

Praxisbox

Die Phasen werden seltener, stereotyper und weniger intensiv.

Im Vergleich zu rezidivierenden unipolaren Depressionen weisen bipolare Störungen des höheren Lebensalters einen schlechteren Verlauf und Ausgang (stärkerer kognitiver Abbau, höhere Mortalität, höhere Komorbidität mit neurologischen und anderen somatischen Erkrankungen) auf.

Neben der Reizabschirmung in einem geschützten stationären Raum steht die pharmakologische Behandlung, die häufig im Interesse der Patienten auch gegen ihren Willen erfolgen muss, im Vordergrund. Zur Akutbehandlung hat sich, auch beim älteren Patienten, eine Kombination eines hoch potenten, antipsychotisch wirksamen (z. B. Haloperidol) mit einem niedrig potenten, sedierenden Neuroleptikum (z. B. Melperon, Pipamperon) bewährt. Zur Phasenprophylaxe sind Lithium, Carbamazepin und Valproinsäure indiziert.

Kasuistik

Fallbeispiel: Ein 65-jähriger, berenteter Lehrer stellt sich in der Sprechstunde vor. Er berichtet, sich schlecht konzentrieren zu können. Er habe Angst, eine Demenz zu entwickeln. Sein Gedächtnis sei schon immer schlecht gewesen. Neulich sei ihm der Name eines entfernten Bekannten nicht mehr eingefallen. Er wache sehr früh morgens auf und könne nicht mehr einschlafen, da er sich so große Sorgen mache. Auch der Appetit sei ihm schon vergangen. Ferner berichtet der Mann, sich nicht mehr zu Unternehmungen aufraffen zu können. Ohnehin verspüre er keine Freude mehr bei Hobbys, wie z. B. Angeln, was ihm früher großen Spaß gemacht habe. Der ständige Kopfdruck und die Gliederschmerzen beinträchtigen ihn sehr. Er sei selber schuld, wisse jedoch nicht, was er verändern könne, da er so einen Zustand noch nie gehabt habe. Am liebsten würde er einschlafen und nie mehr aufwachen. Sich selber töten würde er jedoch nicht.

Fragen zum Fallbeispiel:

1. Was ist die Verdachtsdiagnose?
2. Welche Symptome sprechen für die Diagnose?
3. Welche Angabe fehlt im Fallbeispiel? Und warum wäre sie wichtig?
4. Was ist eine wichtige Differenzialdiagnose und warum ist sie unwahrscheinlich?

Antworten

1. Erste depressive Episode.
2. Depressive Verstimmung, Verlust von Freude und Interesse, Konzentrationsstörung, Antriebsminderung, leibliche Missempfindungen, Schuldgefühl, Morgentief mit Früherwachen, Appetitverlust, passiver Todeswunsch.
3. Angaben über (hypo-)manische Episode. Wichtig zur Klassifikation: unipolar versus bipolar.
4. Demenz. Während bei dementen Patienten das Gedächtnisdefizit eher bagatellisiert wird, klagen depressive Patienten sich selber an und übertreiben ihre Fehler und den Gedächtnisschwund. Häufig ist das Klagen begleitet von Angst und

Traurigkeit, Pessimismus und Verzweifelung. Depressive Patienten erscheinen nur ratlos, finden sich aber zurecht, während demente Patienten Orientierungsstörungen aufweisen. Ferner werden Demenzpatienten häufig von der Familie oder Freunden beim Arzt vorgestellt, während depressive Patienten dies aus Eigeninitiative tun.

24.3 Schizophrenie

Trotz einer erhöhten Mortalität aufgrund von Suizidalität erreicht die Mehrzahl der Patienten mit Schizophrenie das Senium.

Definition

Persistieren Wahnsymptome und Halluzinationen wird dies als chronische Schizophrenie bezeichnet.

Bei einem schizophrenen Residuum gab es in der Vorgeschichte mindestens eine akute schizophrene Episode, in deren Anschluss Störungen des Antriebs, Affekts, Sozialverhaltens oder der Informationsverarbeitung fortbestanden (v. a. Negativsymptomatik: Indifferenz, Willensschwäche, verarmte Gefühlswelt und Sprache, Anhedonie, Apathie, Kontaktarmut). Für Residualzustände und chronische Schizophrenie fanden epidemiologische Studien in der älteren Bevölkerung eine Prävalenz um 1 %. In Heimen und betreuten Wohnformen machen sie oft mehr als die Hälfte der Bewohner aus.

Hinsichtlich des Manifestationsalters werden Early- und Late-onset-Schizophrenien unterschieden. Beim größten Teil der Patienten tritt die Psychose erstmals vor dem 40. Lebensjahr auf, bei 13 % beginnt die Erkrankung zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr und bei 7 % zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr. Nur ein sehr kleiner Anteil (3 %) der Schizophrenien manifestiert sich erstmals nach dem 60. Lebensjahr.

Die sog. Late-onset-Schizophrenien weisen eine geringere genetische Belastung, einen höheren Frauenanteil, mehr Wahnideen und Halluzinationen sowie weniger Denkstörungen und Negativsymptomatik auf.

Die Symptomatik chronischer und residualer Formen der Schizophrenie ist auch im Alter sehr heterogen.

Die klassischen Subtypen der paranoid-halluzinatorischen, katatonen und hebephrenen Schizophrenie treten nach langjährigem Verlauf gegenüber der Residualsymptomatik in den Hintergrund.

Die 3 Grunddimensionen negativ, desorganisiert und paranoid-halluzinatorisch bleiben erhalten. Wahn und Halluzinationen im Alter sind spezifisch, meist sehr stabil und wenig beeinflussbar, zugleich aber auch weniger handlungsbestimmend. Zusammen mit einer geringeren emotionalen Anspannung führt dies zu einer besseren sozialen Anpassung. Viele Patienten lernen, nicht über Wahn oder Halluzinationen zu sprechen.

Praxisbox

Bei Patienten, die dissimulieren, sind Halluzinationen häufig aus der Verhaltensbeobachtung zu erkennen. Beispielsweise drehen sich Patienten mitten im Gespräch um, da sie eine Stimme hinter sich vernehmen, oder sie bewegen die Lippen als Antwort auf die Stimme.

Die Schizophrenie zeigt einen heterogenen Krankheitsverlauf. Im Zuge des Älterwerdens kommt es bei mehr als der Hälfte der Patienten zu einer Remission oder Verbesserung der Erkrankung. Bricht die Schizophrenie erst nach dem 40. Lebensjahr aus, steigt das Risiko für einen chronischen Verlauf. Trotzdem ist der Verlauf der Spätschizophrenien unter sozialen Aspekten günstiger: Während die Krankheit bei Erstmanifestation im jugendlichen oder frühen Erwachsenenalter zur Stagnation der sozialen Entwicklung führt, erleiden Späterkrankte einen sozialen Abstieg von ihrem vergleichsweise hohen Status (bessere berufliche Vorgeschichte und Partneranamnese). Versteht man Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung, so liegt nahe, dass ältere, chronisch kranke Patienten in Demenztests pathologisch abschneiden. Die kognitiven Defizite älterer Patienten mit Schizophrenie betreffen vor allem Initiation, Flexibilität und Gedächtnis.

Therapie

Die Behandlung schizophrener Psychosen im Alter entspricht im Wesentlichen der bei Patienten im jüngeren Lebensalter. Die Datenlage ist allerdings wesentlich schlechter. Dem multifaktoriellen ätiopathogenetischen Bedingungsgefüge der Schizophrenie entspricht ein mehrdimensionaler Therapieansatz, der psychopharmakologische und psycho- sowie soziotherapeutische Maßnahmen verbindet. In der akuten Krankheitsphase hat die Psychopharmakotherapie mit Neuroleptika Vorrang. In der Regel wird eine Monotherapie durchgeführt werden. Wenn nach 4–6 Wochen kein Therapieerfolg erreicht wird, sollte auf eine Substanz einer anderen Klasse umgesetzt werden. Da alle klassischen Neuroleptika in der Akutbehandlung älterer schizophrener Patienten ähnlich wirksam sind, basiert die Auswahl primär auf dem Nebenwirkungsprofil. Atypische Neuroleptika haben bei vergleichbarer antipsychotischer Wirkung, nur geringe extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen sowie eine bessere Wirksamkeit auf die Negativsymptomatik und möglicherweise auch auf kognitive und depressive Symptomatik. Bei wiederholten Rezidiven ist für einen Zeitraum von 3–5 Jahren eine Rezidivprophylaxe indiziert.

Mit dem Zurückdrängen der psychotischen Symptome des Patienten gewinnen psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen an Bedeutung. Gerade die häufig kontaktarmen, sozial isolierten und in ihrer Identität extrem verunsicherten Patienten brauchen empathische Gesprächspartner. Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten sowie pathogenetischen Einflussfaktoren sind von großer Wichtigkeit. Probleme des täglichen Lebens sowie schwierige Lebensentscheidungen müssen besprochen und Lösungsalternativen diskutiert werden. Eine Überstimulation birgt die Gefahr produktiver schizophrener Rezidive, eine Unterstimulation die Gefahr der Negativsymptomatik. Zu den soziotherapeutischen Maßnahmen gehören Beschäftigungstherapie, Modifikation von Milieufaktoren und Strukturierung des Tagesablaufs.

24.4 Weitere psychische Erkrankungen im Senium

24.4.1 Sucht

Psychopharmakagebrauch und -missbrauch im Alter

Psychopharmaka werden nach Herz-Kreislauf-Medikamenten bei über 60-jährigen Patienten am häufigsten verordnet. Die größte Bedeutung bei Psychopharmakagebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit kommt den Benzodiazepinen zu. Die Langzeiteinnahme kann zu Nebenwirkungen, wie Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigung der Motorik und Koordination sowie, beim plötzlichen Absetzen des Präparates, zu einem Entzugssyndrom führen, das sich in Form von Unruhe, Dysphorie, Angst- und Schlafstörung äußert. Dies veranlasst den Patienten, die Medikation weiter fortzusetzen. Alte Menschen mit einem dauerhaften Benzodiazepingebrauch kommen oft nicht auf die Idee, dass sie eine vom Arzt verordnete Substanz mit Suchtpotenzial einnehmen. Da sich eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen bereits nach einigen Wochen Einnahme einstellen kann, sollten Benzodiazepine nicht länger als 4 Wochen kontinuierlich verordnet werden.

Alkoholabhängigkeit

Rund 2–3 % der Männer über 60 Jahren und 0,5–1 % der Frauen über 60 Jahren sind alkoholabhängig. Ein Alkoholmissbrauch liegt bei 10–20 % der Männer und 1–10 % der Frauen über 60 Jahren vor. In psychiatrischen Krankenhäusern ist bei bis zu 45 % der älteren Patienten von einem überhöhten Alkoholkonsum auszugehen. Patienten mit Alkoholabhängigkeit und einem Krankheitsbeginn vor dem 60. Lebensjahr haben häufig einen schwereren Krankheitsverlauf mit mehreren Vorbehandlungen, sozialen und familiären Problemen, einem höheren Alkoholkonsum und gehäuft Intoxikationen. Die Familienanamnese für Alkohol ist oft positiv. Patienten mit spätem Krankheitsbeginn zeigen hingegen im sozialen und familiären Bereich eine größere Stabilität. Behandlungen werden häufiger angetreten und abgeschlossen und die Prognose ist insgesamt günstiger.

Bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit spielen bei Patienten mit einem späten Krankheits-

beginn soziale Faktoren, wie das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben oder der Verlust eines Lebenspartners oder eines gewachsenen Freundeskreises, eine Rolle. Grundsätzlich sind bei älteren Alkoholabhängigen ähnliche klinische Symptome zu erwarten wie bei jüngeren Patienten. Die Symptome entstehen jedoch häufig schon bei niedrigen Trinkmengen und einer geringen Trinkdauer. Ältere Patienten weisen bei Zufuhr der gleichen Alkoholmenge höhere Blutalkoholspiegel auf. Im Alter sind Entzugssymptome häufig schwerwiegender und dauern länger. Verläufe von 1–2 Wochen sind nicht selten. Zusätzlich bestehen vermehrt kognitive Defizite. Therapeutisch werden, wie bei jüngeren Patienten, zunächst eine Entgiftung und danach eine Entwöhnung zur Festigung des Abstinenzwunsches durchgeführt.

24.4.2 Schlafstörungen

Der Schlaf verändert sich mit zunehmendem Alter des Menschen. In Deutschland klagen 35 % der über 65-Jährigen über Schwierigkeiten, ein- und durchzuschlafen. 54 % nehmen zumindest manchmal im Jahr und 19 % mehrmals in der Woche Schlafmittel ein.

Wichtig ist zu wissen, dass sich die Qualität und Quantität des Schlafes im Laufe des Lebens ändert und auch die moderne Medizin diese Veränderungen nicht aufhalten kann. Alte Menschen schlafen früher ein und wachen früher auf (Schlafperiodenvorverlagerung). Der Schlaf wird leichter und häufiger unterbrochen. Hierdurch vermindern sich der Erholungswert des Schlafes und seine Stabilität. Der Nucleus suprachiasmaticus setzt im Alter weniger Melatonin frei (interne Rhythmusverflachung). Zusätzlich treten spezifische, körperlich begründbare Schlafstörungen (Restless-Leg-Syndrom, periodische Beinbewegungen im Schlaf, Schlafapnoe) und körperliche Erkrankungen (Schmerzsyndrome, nächtlicher Harndrang, schlafbeeinflussende Medikamente) auf, welche die Qualität und Quantität des Nachtschlafes vermindern und die Tagesschläfrigkeit erhöhen. Besteht eine erhebliche Leistungsminderung durch nichterholsamen Schlaf, sollte zunächst überprüft werden, ob ein adäquater Umgang mit dem Schlaf (Schlafhygiene) besteht und ob der zirkadiane Rhythmus gestört ist. In diesen Fällen helfen Information und Verhaltenstraining. Werden schlafstörende Substanzen, wie z. B. Nikotin, Koffein oder Alkohol, eingenommen, sind diese abzusetzen. Ist der nichterholsame Schlaf Symptom einer psychiatrischen oder anderen organischen Erkrankung, sollte die Grunderkrankung behandelt werden. Alle weiteren Fälle von Schlafstörungen sind in ein schlafmedizinisches Zentrum zur Polysomnographie zu verlegen.

24.4.3 Angst- und Zwangsstörungen

Angststörungen stellen auch bei älteren Menschen häufige und beeinträchtigende Erkrankungen dar. Bei älteren Menschen können sie in 2 Gruppen eingeteilt werden. Die eine betrifft schon seit langem bestehende, meist spezifische Phobien, um die herum diese Menschen ihr Leben organisiert haben und daher kaum mit Ängsten konfrontiert werden. Die andere Gruppe entwickelt ihre Phobie (meist agoraphobe Symptome) erst im späteren Lebensalter im Anschluss an ein traumatisches Erlebnis, etwa eine körperliche Erkrankung. Die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen liegt bei 15 %. Phobische Störungen stellen bei alten Menschen die häufigste Angststörung dar. Sowohl die soziale Phobie als auch spezifische, einfache Phobien können in jedem Lebensalter neu auftreten (Lebenszeitprävalenz 10–14 % bzw. 10–20 %). Auch die generalisierte Angststörung kommt in jedem Alter vor (Lebenszeitprävalenz 4,5 %). Panikstörungen nehmen im Alter ab. Das Geschlechtsverhältnis bleibt offenbar auch im Alter zuungunsten der Frauen verschoben.

Der Erkrankungsbeginn von Zwangsstörungen liegt nur sehr selten jenseits des 40. Lebensjahres. In diesen Fällen sollte eine intensive organische Abklärung erfolgen (Ausschluss Enzephalitis, Traumata, Epilepsien).

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Welche Demenzursachen kennen Sie? ▶ Kap. 24.1.1
- Welche Hilfen sind für Demenzkranke bzw. Angehörige wichtig? ▶ Kap. 24.1.1
- Wieviel Prozent aller depressiv Erkrankten begehen Suizid? ▶ Kap. 24.2.1
- Welche Patienten sind besonders gefährdet, einen Suizid zu begehen? ▶ Kap. 24.2.1

- Welche Symptome sind typisch für eine Depression im Alter? ▶ Kap. 24.2.1
- Welche Behandlungsmethoden stehen für depressiv erkrankte Patienten zur Verfügung? ▶ Kap. 24.2.1
- Wie verändert sich der Schlaf im Alter? ▶ Kap. 24.4.2

Literatur

Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B et al (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin 185

Petersen RC, Doodey R, Kurtz A et al (2001) Current concepts in MCI. Neurology 58: 1985

Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjutti T et al (1993) Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Neurology 43: 250

Selkoe DJ (2001) Alzheimer`s disease: genes, proteins and therapy. Physiol Rev 81: 741

Förstl H (Hrsg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2. Aufl Thieme, Stuttgart

Bergener M, Hampel H, Möller H-J, Zaudig M (Hrsg) Gerontopsychiatrie. Grundlagen, Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

25 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Günter Koch, Christoph Kussmaul, Wolf-Rüdiger Naussed

25.1 Psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen – gesunde und gestörte Prozesse – 338
25.1.1 Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung – 338
25.1.2 Mechanismen des Lernens – 339
25.1.3 Emotionale und geistige Entwicklung – 340

25.2 Ausgewählte Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen – 340
25.2.1 Aggressionen – 340
25.2.2 Depression – 344
25.2.3 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) – 345

25.3 Suizidalität im Kindes- und Jugendalter – 349

25.4 Intelligenzminderung, geistige und psychische Behinderung – 349

25.5 Anfallsleiden – 350

25.6 Heil- und Sonderpädagogik, Verhaltensauffälligenpädagogik – 351

25.7 Elternarbeit – 351

Literatur – 352

In Kürze

Die Behandlung von und die Pflege bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter bedarf einer komplexen Kompetenz. Dem Behandlungs- und Pflegepersonal soll es gelingen, die diagnostische Beurteilung von krankem und gesundem Verhalten als **Kontinuum** zu begreifen. Eine solche Haltung erhöht das Verständnis für abweichendes Verhalten: Abweichendes Verhalten wird nicht als völlig fremd vom eigenen Erlebnisspektrum erkannt. Dies schafft die Voraussetzung für ein heilendes, gesundheitsförderndes Beziehungsgeschehen, das sowohl **Empathie** als auch orientierende Vorgaben und Grenzsetzungen ermöglicht.

In diesem Kapitel werden die Grundzüge psychischer Entwicklung im Kindes- und Jugendalter vorgestellt und exemplarisch drei große Störungsbilder, nämlich aggressives, depressives und aufmerksamkeitsdefizitär-hyperaktives Verhalten, mit Erklärungsmodellen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen beschrieben. Hinweise für Pflegekräfte zum Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen ergänzen diese Abschnitte jeweils.

Im Überblick werden weitere wichtige Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters beschrieben und Suizidalität als existenzielle Entwicklungskrise verständlich gemacht. Pflegerisches Handeln mit Kindern und Jugendlichen bewegt sich an der Schnittstelle jener psychotherapeutischer und pädagogischer Aufgaben, die hier skizziert werden. Ein Abschnitt über die fundamentale Bedeutung der Arbeit mit den Eltern schließt dieses Kapitel ab.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- ein Verständnis von pflegerischem Handeln bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, das die Beziehungsfähigkeit und die Aktivierung gesunden Erlebens betont
- Kenntnisse über die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- einen Überblick über wichtige psychische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen
- vertiefte Kenntnisse über psychologische Erklärungsmodelle und psychotherapeutische Behandlungsansätze und deren Bedeutung für die Pflege bei aggressiven, depressiven und ADHS-Kindern und -Jugendlichen
- einen Einblick in wichtige pflegerische Kompetenzen, die bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im Schnittpunkt psychotherapeutischer und pädagogischer Aufgaben stehen
- grundlegendes Wissen über die Bedeutung der Elternarbeit bei betroffenen Kindern und Jugendlichen

25.1 Psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen – gesunde und gestörte Prozesse

25.1.1 Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung

Als Erwachsene erleben wir, dass sich unsere Psyche auf der Beziehungsebene zwischen den beiden Polen Sympathie und Antipathie, Zuwendung und Abwendung bewegt. Menschen wenden sich sie interessierenden Situationen, Objekten und Personen zu oder empfinden sie als abstoßend und meiden sie. Als Kind erlebten wir diese Polarität des Psychischen auch, aber enger mit unseren primären Bedürfnissen verknüpft. Schlüssel zum Verständnis und damit zum Beziehungsaufbau zu Kindern und Jugendlichen ist die Rückerinnerung und das Wiedervorstellen dessen, wie ich war, als ich das jeweilige Alter erreicht hatte.

Für eine gesunde psychische Entwicklung ist neben grundlegenden biologischen Bedingungen v. a. die förderliche psychosoziale Umgebung von Bedeutung.

Ihr kommt für die Psychotherapie und der damit zusammenhängenden Pflegeaufgabe auch bei der Heilung die größte Bedeutung zu. Denn jegliche Entwicklung zum Gesunden muss beim Aufbau von vertrauensvollen sozialen Beziehungen beginnen. Die soziale Beziehung, und damit Vertrauen, Einfühlungsvermögen (Empathie) und die Fähigkeit, zur Gesellschaft eine positive Lebenseinstellung herauszubilden, hat ihre Grundlage in den primären sozialen Bindungen, die innerhalb der Familie und zu den

ersten Bezugspersonen aufgebaut werden. Zur Herausbildung einer ausgeglichenen Persönlichkeit gibt ein selbstachtendes, empathisches und unterstützendes Erziehungsverhalten den nötigen Freiraum und fördert Selbstbestimmung, positive Identifikation und Lernmotivation. An diesen Grundbedingungen muss ein förderliches Erziehungsverhalten anknüpfen.

In einem relativ breiten Konsens kann man als »gesund« ein Erleben der Erziehung bezeichnen, das an der Entwicklung des Kindes orientiert die Übertragung grundlegender gesellschaftlicher Werte von der Elterngeneration auf die Kinder ermöglicht. In diesem Sinne sollte primäres Erziehungsverhalten gewährend und grenzsetzend, unterstützend und kritisch sein. Es integriert das Kind in die Gemeinschaft und führt zu ganzheitlicher psychischer und psychosomatischer Gesundheit (▶ Kap. 25.2.2).

Erziehende und betreuende Personen sollten sich in das Lebensalter ihrer Kinder hineinversetzen und mit ihnen altersentsprechend umgehen. Sie sollten eindeutig und konsequent sein, ein Gleichgewicht zwischen Selbstständigkeit und Einmischung/Fürsorglichkeit wie auch zwischen direktiven und nicht direktiven Phasen ihres Erziehens anstreben.

So können die Grundlagen für eine stabile Beziehungsfähigkeit und gesunde Entwicklung gelegt werden, die dann auch wieder eine gelingende Ablösung von den Erziehungspersonen in Richtung Selbstständigkeit, Verantwortlichkeit und Gemeinschaftlichkeit einschließt. Anregungen zum kreativen Gestalten, Gemeinschaftsaktivitäten, wie Sport und Musik, sind für soziale Kompetenzen sehr förderlich. Mit der geschilderten lebensförderlichen Erziehungsweise steigt die Selbstwirksamkeitserwartung, aber auch der tatsächliche Einfluss auf die Umwelt. Es entsteht somit eine bessere Ausgangsposition zur Bewältigung der Umwelt.

25.1.2 Mechanismen des Lernens

Um den Schlüssel zum Verständnis von Kindern, also die Erinnerung an das eigene jeweilige Lebensalter mit dessen jeweiliger Art des Erlebens, zu aktualisieren, bietet die Entwicklungspsychologie differenzierte Unterstützung. Die Entwicklung des Menschen kann im Allgemeinen als Erweiterung seiner Fähigkeiten und damit seiner Selbstwirksamkeit angesehen werden. Erlangte Fähigkeiten regen weitere Entwicklungen an, während sie aufeinander aufbauen. Voraussetzungen gelingender Entwicklung sind die biologische Anlage sowie die soziale und die materielle Umwelt. Grundlegende Triebfedern der Entwicklung sind Handeln, Motivation und Lernen. Lernen basiert erstens auf der **respondenten Konditionierung**, dem Lernen durch Verstärker, zweitens auf der Nachahmung und drittens auf dem **operanten** Lernen (respondere = antworten; operare = handeln).

Respondente Konditionierung bezieht sich auf eine erlernte regelhafte Verbindung zwischen Reiz und Reaktion, die ähnlich automatisch werden kann wie ein angeborener Reflex. So kann z. B. das visuelle Wahrnehmen von leckeren Brötchen hinter der Schaufensterscheibe eines Bäckerladens den Betrachter bereits den Duft ahnen lassen. Verstärkungslernen funktioniert über das Bemerken angenehmer Konsequenzen; z. B. strampelt ein Säugling, um die am Bett angebrachten Glöckchen, deren Klang es mag, zum Klingen zu bringen. Lernen durch Nachahmung ist Modell-Lernen, Nachahmen eines Vorbildes. Voraussetzung dafür ist, dass das Modell Fähigkeiten und Eigenschaften besitzt, die dem nachahmenden Kind wertvoll erscheinen. Operantes Lernen ist Lernen, das auf der Aktivität, dem Handeln des Individuums basiert. Es setzt sich mit seiner Umwelt handelnd auseinander und lernt aus den Erfahrungen, die es dabei macht (Lernen nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum). Eine Erweiterung des operanten Lernen ist es, sich Handlungen probeweise vorher vorzustellen, sich vor dem Tun ein Bild vom Wie und Was zu machen. Es geht über das Handeln nach der Versuch-und-Irrtum-Methode weit hinaus. Der Drang, unmittelbar Handeln zu wollen, muss dann jedoch aufgehalten werden (Prinzip der Hemmung).

Wie oben bereits gesagt, basiert die psychische Entwicklung im Säuglingsalter auf den Polaritäten Zuwendung und Abwendung. Im Vordergrund steht die gesamte sensomotorische Erfahrung der Welt, die Reaktion des Individuums durch Zuwendung und Abwendung auf emotionaler, kognitiver und **motorischer** Ebene, sichtbar durch Lautäußerungen, Mimik und körperliche Bewegungen.

25.1.3 Emotionale und geistige Entwicklung

Für die weitere psychische Entwicklung prädisponierend ist ein »stimmiges« Verhältnis zwischen erfolgreichen Zuwendungshandlungen und gelungenen Abwendungshandlungen. Gelingt die Zuwendung auf der Ebene der ersten sozialen Bindungen zu Eltern, Geschwistern und/oder anderen wichtigen Bezugspersonen nicht, sind die Folgen für das weitere Leben massiv (Bowlby, 1969). Ebenso problematisch sind Erfahrungen von Säuglingen und Kleinkindern, sich nicht von **aversiven** Reizen, vor ängstigenden Objekten, gegen Hunger oder soziale Deprivation schützen zu können (z. B. durch Schreien, Fortkriechen, Herbeirufen der Mutter o. ä.).

Störungen und Abbrüche der ersten engen Beziehungen können Vertrauens- und Bindungsstörungen bewirken. Die Betroffenen sind kommunikativ oft nur äußerst schwer zu erreichen, haben oft Störungen der Impulskontrolle und können nur unzureichend Bedürfnisse aufschieben.

Nach Piaget (1974, vgl. auch Kesselring, 1988) beginnt sich die Welt des Kleinkindes im Alter von 1,5–7 Jahren von **sensorischen** Einzelheiten zu Bedeutungen in Sprache und Bildern zusammenzuschließen. Über die zunehmende Beherrschung der Sprache und das nachahmende Spiel wird die Vorstellungstätigkeit und damit das **präoperative**, vorbegriffliche Denken in Bildern ausgebildet. Das 2- bis 3-jährige Kind kann sich Gegenstände vorstellen, es behält sie im Gedächtnis, kann sie also repräsentieren, aber noch nicht durchgängig in eine richtige raum-zeitliche und kausale Beziehung bringen. Das können erst Kinder im Alter von 4–7 Jahren. Ist das Vertrauen in die eigene **Repräsentationsfähigkeit** gestört, kann das der Grund für Trennungs- und Versagensängste oder Depressivität sein. (Beispiel: die im Nachbarzimmer lesende Mutter wird dann als verloren erlebt; das Kind reagiert mit Weinen und versucht, die Mutter wieder herbeizuholen.)

Moralische Werte und Normen bilden Kinder, so Piaget (1974), ca. ab dem 7.–11. Lebensjahr zusammen mit dem konkret-operationalen Denken aus, indem sie die Fähigkeit zur sozialen **Perspektivenübernahme** entwickeln. Hierauf baut das ab ca. 12 Jahren zur Verfügung stehende formal-operationale Denken auf, welches die bevorzugte Kommunikationsbasis des Erwachsenen ist. Auffälligerweise finden sich bei einer Reihe von psychopathologischen Störungsbildern, wie Identitätsstörungen, Essstörungen und Schizophrenien deutliche Defizite in der Fähigkeit zur sozialen Perspektivenübernahme.

25.2 Ausgewählte Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen

25.2.1 Aggressionen

Aggressive Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen sind in den letzten Jahren immer stärker in den Blickpunkt psychotherapeutischer, psychiatrischer, pflegerischer, aber auch sozial- und heilpädagogischer Aufmerksamkeit gerückt. Unter dem Eindruck zunehmender Gewalt bzw. Gewaltbereitschaft v. a. bei Jugendlichen werden Konzepte zur Behandlung und Prävention von aggressivem Verhalten entwickelt und erprobt. Diese Sichtweise betont die klinisch relevante, weniger die »normale«, zeitlich begrenzte, entwicklungsbedingte Verhaltensdimension aggressiven Verhaltens. Diagnostische *Abgrenzung* und *Einordnung* von störungsrelevanten und gesunden Verhaltensäußerungen und daraus abgeleitete Behandlungs- und Interventionsansätze sind daher gleichermaßen wichtig.

Scheithauer u. Petermann (2002) beschreiben nach Eron (1997) aggressive Verhaltensweisen als auf jemanden ausgerichtet, um diesen indirekt oder direkt zu schädigen. Aggressives Verhalten kann aber auch personenunabhängig gegen Sachen und Objekte gerichtet sein, um diese zu beschädigen und/oder sie ihrer Funktion zu berauben. Sowohl personen- als auch sachorientierte aggressive Affekte und Verhaltensweisen besitzen eine intersubjektive und eine intrasubjektive Dimension. Wenn Raubüberfälle, Brandstiftung, Zerstörung fremden Eigentums, physische Gewalt, Verletzung sozialer Normen und Regeln, allgemein **delinquentes** Verhalten als aggressive Verhaltensreaktionen bezeichnet werden (vgl. Stattin u. Magnusson, 1996), so wird hiermit vorwiegend die intersubjektive Dimension betont. Intrasubjektiv wird aggressives Verhalten dann bedeutsam, wenn selbstschädigendes, selbstverletzendes Verhalten bis hin zu Suizidalität vorliegt. In jedem

Fall hat diagnostisch eine Unterscheidung von **pathologisch** aggressivem Verhalten zu normalem, »gesundem« Verhalten stattzufinden, die auch berücksichtigt, dass Aggressivität auch eine häufige Begleiterscheinung entwicklungsbedingter Umbrüche sein kann (z. B. »Trotzköpfe« und »Halbstarke«). Erst von einer Person über einen längeren Zeitraum immer wieder und/oder mit hoher Intensität praktizierte aggressive Verhaltensweisen deuten auf behandlungsrelevante pathologische Muster hin. Differenzialdiagnostisch können unbeabsichtigte schädigende, impulsive, störende Verhaltensweisen aber auch auf eine hyperaktive Störung hinweisen (Kazdin, 1995).

Betrachtet man die übersetzten lateinischen Wortbedeutungen, die im Wort »Aggression« enthalten sind (aggredi: angreifen, in Angriff nehmen, darangehen; aggredior: sich an jemanden wenden, angreifen, anklagen, etwas unternehmen; aggressio: Anlauf, Angriff), so wird auch die *gesunde, aktive, nicht schädigende Komponente* aggressiven Verhaltens beleuchtet. In Aggressionen als Affekt und Verhalten ist ein Moment von Bereitstellung von Energien für Handlungen enthalten, das auf der entgegengesetzten Seite pathologisch relevant wird, nämlich dann, wenn Aggressionen fast völlig fehlen (z. B. Aggressionshemmungen bei Depressiven). Also erst ab einem bestimmten Ausmaß (in Häufigkeit und Intensität) kippt gerichtete (aggressive) Energie in schädigendes Verhalten, in Destruktivität.

Diese Grenze zu pathologisch aggressivem Verhalten ist nicht absolut, sondern wird räumlich, zeitlich, gesellschaftlich stetig neu gezogen.

Die Äußerung aggressiven Verhaltens ist alters- und geschlechtsabhängig. Während Jungen eher direkte und physische Formen zeigen, verwenden Mädchen eher indirekte, verbale Formen aggressiven Verhaltens. Personen im Kindesalter zeigen vorwiegend **oppositionelles** und trotziges, Personen im Schul- und Jugendalter mehr bedrohendes, schlagendes und sozial-normverletzendes Verhalten. Jugendliche sind in Gleichaltrigengruppen nur wenig integriert und beziehen sich vorwiegend auf gleichgesinnte, soziale Normen verletzende Personen.

Klassifikation

Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV) werden zwei Störungen aggressiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter unterschieden:

- die *Störung des Sozialverhaltens* und
- die *Störung mit oppositionellem Trotzverhalten*.

Auf der Symptomebene gehören zur Störung des Sozialverhaltens: aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, Zerstörung von Eigentum, Betrug oder Diebstahl sowie schwere Regelverstöße. Bei der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten treten folgende Symptome auf: Die Person wird u. a. schnell ärgerlich, streitet sich häufig mit Erwachsenen, verärgert andere häufig absichtlich, ist häufig wütend und beleidigt, ist häufig boshaft und nachtragend. Bei der Störung des Sozialverhaltens liegen grundsätzliche Verletzungen der Rechte anderer vor sowie die Missachtung gesellschaftlicher Normen und Regeln. Bei der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten handelt es sich um weniger schwerwiegende Symptome und der Übergang zu normalem Trotzverhalten ist gleitend.

In der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD 10) werden *sechs Typen der Störung des Sozialverhaltens* unterschieden:

1. auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens,
2. Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen,
3. Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen,
4. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten,
5. andere bzw. nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens,
6. kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion.

Ätiologie

Hypothetisches Entwicklungsmodell aggressiven und delinquenten Verhaltens

Scheithauer u. Petermann (2002, modifiziert nach Loeber, 1990) stellen den pathologischen, über den Lebenslauf stabilen Entwicklungspfad aggressiven und delinquenten Verhaltens hypothetisch als Stufenfolge dar, wobei auf jeder Entwicklungsstufe ein

Beginn als auch eine **Stagnation** oder ein Ende dieses negativen Entwicklungsverlaufes möglich ist. Abb. 25.1 soll dies verdeutlichen.

Genetische Erklärungsansätze

Aufgrund der **Heterogenität** aggressiver Verhaltensweisen konnten molekulargenetische Studien keinen Nachweis isolierter genetischer Faktoren erbringen. Unzweifelhaft sind eine Reihe von neuromolekularen Erregungsmustern bei der Entwicklung von aggressivem Verhalten und einer Disposition zu impulsiven Aktivitätsmustern beteiligt.

Insgesamt kann man sagen, dass genetisch-biologische Vulnerabilitäten die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten aggressiver Verhaltensweisen erhöhen.

Lerntheoretische Erklärungsansätze

Lerntheoretische Erklärungsansätze gehen davon aus, dass aggressives und delinquentes Verhalten durch eine Reihe von Lernprozessen, die schon früh in der Kindheit beginnen, entwickelt und aufrecht erhalten werden. *Vier grundsätzliche Lernmechanismen* spielen dabei eine zentrale Rolle:

- *positive Verstärkung* (ein Kind/Jugendlicher erreicht durch aggressives Verhalten einen gewünschten Gegenstand, eine gewünschte Belohnung und/oder Zuwendung),
- *negative Verstärkung* (ein Kind/Jugendlicher verhindert durch aggressives Verhalten, dass er sich unangenehmen Situationen und Ereignissen stellen muss),
- *Duldung* (dem aggressiven Verhalten des Kindes/Jugendlichen wird reaktionslos zugesehen,

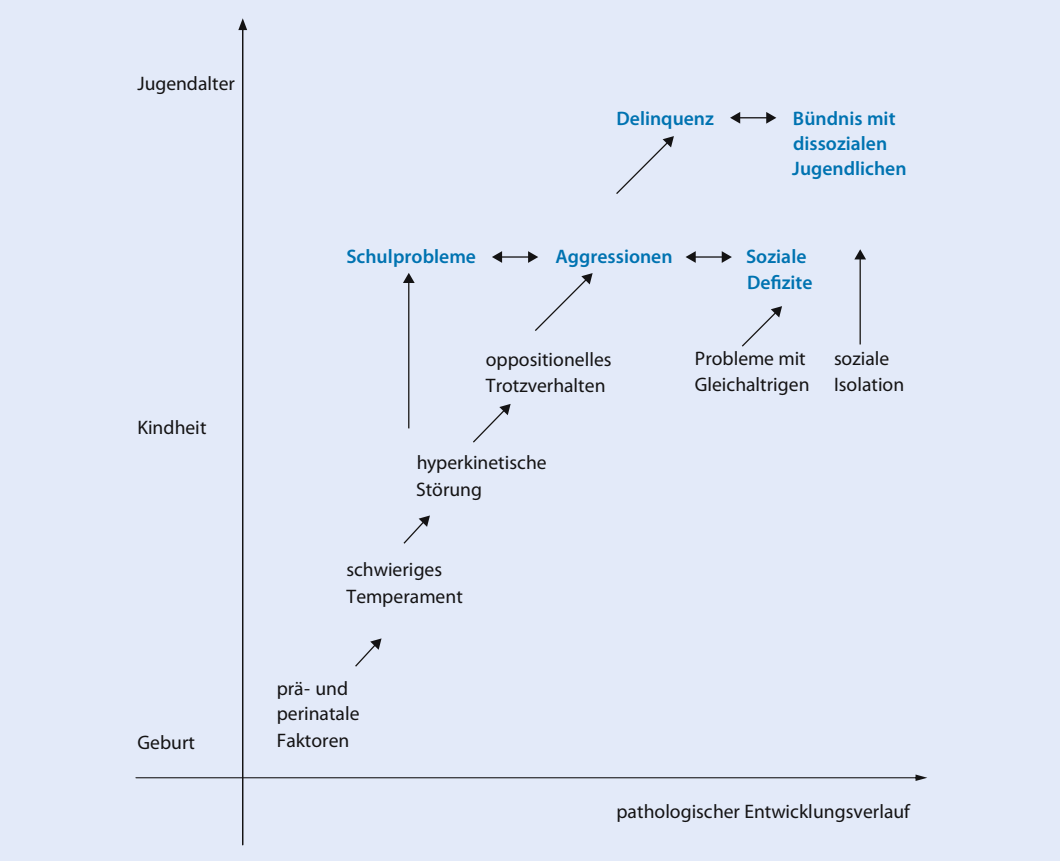


Abb. 25.1. Hypothetische Entwicklungsstufen aggressiven Verhaltens (vereinfacht nach Scheithauer u. Petermann, 2002; modifiziert nach Loeber, 1990)

sodass es vom Kind/Jugendlichen als Zustimmung gewertet wird),
- *Lernen am Modell* (aggressives Verhalten wird durch vorbildartige andere Personen präsentiert und von den Kindern/Jugendlichen übernommen).

Diese Mechanismen regulieren den Lernprozess und das Aufrechterhalten von aggressiven Verhaltensreaktionen in der familiären Lernumgebung, z. B. durch den Faktor inkonsequentes Erziehungsverhalten, sowie in der direkten Eltern-Kind-**Interaktion**, z. B. durch unsicheres Bindungsverhalten, schließlich auch im weiteren sozialen Umfeld, z. B. Zurückweisung durch Gleichaltrige.

Psychodynamische Erklärungsansätze (Bindungstheorien)

Bei den psychodynamischen Erklärungsansätzen zur Entwicklung aggressiven Verhaltens kommen die Studien zum Bindungsverhalten zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978; Van Ijzendoorn, 1992) zu dem Ergebnis, dass unsicher-vermeidend, unsicher-**ambivalent** gebundene Kinder und desorganisiert Gebundene im größeren Ausmaß aggressive Verhaltensweisen zeigen als sicher gebundene Kinder. Die zentrale Aussage von Ainsworth, dass mütterliche Feinfühligkeit im ersten Lebensjahr über Bindungsmuster des Kleinkindes entscheidet, konnte allerdings nur teilweise bestätigt werden. Es besteht ein Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit im ersten Lebensjahr und sicher gebundenen Kindern mit 12 Monaten. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen einem eher zurückweisenden Interaktionsstil und unsicher vermeidender Bindung bzw. einem inkonsequenten Interaktionsstil und unsicher-ambivalenter Bindung, der allerdings nicht so deutlich ausgeprägt ist (Dornes, 2002).

Systemische Erklärungsansätze

Bei den systemischen Erklärungsansätzen wird davon ausgegangen, dass eine Reihe von familiären und sozialräumlichen Faktoren das Auftreten und Aufrechterhalten aggressiven Verhaltens begünstigen. Zum Beispiel erhöhen körperliche und psychische Erkrankungen sowie dissoziales Verhalten der Eltern das Risiko für aggressives Verhalten der Kinder. Zudem können Konflikte der Eltern und Scheidung v. a. bis zum sechsten Lebensjahr das Auftreten von aggressivem Verhalten fördern. Insgesamt ist die mangelnde familiäre Unterstützung und Kompetenz ein Faktor, der aggressives Problemverhalten verstärkt (Scheithauer u. Petermann, 2002).

Behandlungsansätze

Präventionsansätze

Mit Präventionsprogrammen, die sich an werdende Mütter mit erhöhten Risikofaktoren (alleinstehend, jung) richten, konnten gute Erfolge erzielt werden. Ein weiteres Beispiel für ein erfolgreiches Präventionsangebot für Kinder in der Schuleingangsstufe ist das *Verhaltenstraining für Schulanfänger* (Petermann et al., 2002). In einem vierstufigen Programm werden den Kindern Verhaltensstrategien zur Steigerung der auditiven und visuellen Aufmerksamkeit, zur Steigerung emotionaler und sozial-emotionaler Kompetenzen (Aufbau prosozialen Verhaltens), zur Vermittlung sozialer Basiskompetenzen und angemessenen Problemlöseverhaltens angeboten. Diese werden geübt und in Rollenspielen gefestigt.

Multimodale Psychotherapieansätze

Es liegt eine Reihe von Psychotherapieansätzen vor, die auf unterschiedlichen Ebenen Interventionen anbieten:
- soziales und kognitives Fertigkeits- und Problemlösetraining,
- Elterntraining,
- Familientherapie,
- Training mit aggressiven Kindern,
- Training mit aggressiven Jugendlichen in Einzel- und Gruppensitzungen und begleitenden Elternsitzungen.

Als wirksam haben sich dabei multimodale Therapieansätze erwiesen, die unterschiedliche Umgebungsbedingungen (Schule, Elternhaus) und Personen (Eltern und Kind) umfassen.

Der Therapeut übernimmt beim Fertigkeits- und Problemlösetraining eine aktive Rolle beim Erkennen und Verstärken prosozialer Verhaltensweisen und dem Strukturieren begleitender kognitiver Prozesse, z. B. durch Lenkung von Selbstinstruktionen. Beim Elterntraining liegt ein Hauptbestandteil im

genauen Erkennen der negativen Verhaltensweisen des Kindes, der Analyse der zentralen »Erpresserspiele« in der Interaktion zwischen Eltern und Kind und im Erlernen effektiver Grenzsetzungen gegenüber dem Kind. Petermann u. Petermann (2001 u. 2000) haben multimodale Trainings für aggressive Kinder und Jugendliche entwickelt, die folgende Standards enthalten:

- Durchführung einer Verhaltensanalyse zur Ermittlung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen aggressiven Verhaltens,
- Auswahl der Trainingseinheiten nach einem Baukastensystem und Zuordnung zu den verschiedenen Interventionsebenen (Eltern, Kind, Familie),
- systematischer und gleichbleibender Aufbau der Trainingseinheiten,
- Einführung von Einstiegs- und Sitzungsritualen und
- Aufbau einer Hierarchie der Therapieziele.

Pflegerischer Umgang mit aggressiven Kindern und Jugendlichen

Aggressive Kinder und Jugendliche provozieren. Sie verleiten die Betreuungspersonen dazu, je nach individuellen Bewältigungsstilen mehr überrascht und konsterniert zurückzuweichen oder unter Mobilisierung vielfältiger Energiereserven die Provokation zurückzudrängen. In starker Ausprägung sind beide Verhaltensreaktionen weder für das Kind oder den Jugendlichen noch für das Pflegepersonal hilfreich, weil eine Eskalationsspirale mit unterschiedlich dominanten Akteuren in Gang gesetzt wird. Wie ist ein Entkommen aus dieser Spirale möglich? *Zwei Reaktionsprinzipien* sollen genannt werden:

- *Verlangsamung des Interaktionstempos* (nicht unmittelbare verbale oder motorische Verhaltensreaktion) und
- **Fokussierung** *der Interaktion* (Auswählen *eines* Auseinandersetzungaspektes und bei diesem bleiben).

Daneben ist es stets wichtig, sich zu überlegen, was das Kind/der Jugendliche mit seinem Verhalten eigentlich zu erreichen versucht und ihm alternative Wege aufzeigen, die hinter dem aggressiven Verhalten liegen, Ziele (z. B. Anerkennung in der Gruppe, Durchsetzung von Wünschen) zu erreichen.

Die Pflegekräfte sollen überlegt, konsequent und frühzeitig reagieren, damit ihr Erregungslevel möglichst nicht in schwerer zu regulierende Höhen gerät. Festigkeit und Gelassenheit im Umgang mit aggressiven Kindern und Jugendlichen zeigen zu können, erhöht die Glaubwürdigkeit des Betreuungs- und Behandlungspersonals und verstärkt die latente Bereitschaft der Betroffenen Stressbelastungen wieder abzubauen (Unterbrechen der Eskalationsspirale).

25.2.2 Depression

Erst mit der *Pubertät* tritt der vom Erwachsenen bekannte klassische *dreifache Symptomenkomplex* der depressiven Erkrankung vollständig auf:

- negatives selbstentwertendes Denken, Sorgengrübeln, Denkhemmung,
- depressiv niedergedrücktes Gefühl, Traurigkeit, Verlassenheitsgefühl,
- reduzierte Aktivität, sozialer Rückzug.

Die *Trauer* gehört wie die *Freude* zum gesunden menschlichen Leben, während wir uns freuen, sind wir weltzugewandt mit der Tendenz, uns selbst in unserem Umkreis, in der sozialen und auch in der Objektwelt zu verlieren. Durch die Trauer hingegen tritt die Gegenbewegung, die Besinnung auf uns selbst, auf unser Subjekt in Kraft. Trauer bringt eine Tendenz zur Passivität mit sich, Freude die Tendenz zur Aktivität.

Im gesunden Wechsel der psychischen Zustände schwingen wir zwischen nachdenklichen und handelnden Phasen, zwischen Freude und Trauer hin und her. Übersteigert aber führen beide Tendenzen ins Krankhafte.

Wird der Prozess des Schwingens gestört, kommt es zu einer Fixierung auf dem einen oder anderen Pol, dann entstehen pathologische Zustände. Das Grüblerische, Zurückgezogene und Traurige ist Kennzeichen der Depression, das nach außen gerichtete, unüberlegte Handeln ist Kennzeichen der Manie. Auf der Gefühlsebene ist die Erste häufig mit negativen Affekten, die Letztere mit grundlosen Hochgefühlen verbunden. Krankhaft werden affektive Seelenzustände auch durch ihr situationsunangemessenes Auftreten, ihre relative Häufigkeit und

ihre ungewöhnliche Intensität. Verstärkt wird dies noch durch ihre Automatisierung und die damit einhergehende Unmöglichkeit der Selbstkontrolle.

Man unterscheidet *4 Arten von Depressionen* (lat.: niedergedrückter Zustand):

1. *depressive Episoden*: diese sind mehrwöchige depressive Phasen, je nach der Schwere der Erkrankung teilt man sie in leichte, mittelgradige und schwere Episoden ein,
2. *reaktive Depressionen*: diese sind depressive Reaktionen auf Lebensereignisse, z. B. den Tod eines Angehörigen,
3. *Disthymie* oder Disthymia (griech.: Gemütsstörung): diese ist eine chronische, über Jahre andauernde depressive Verstimmung,
4. die *bipolare Störung* (manisch-depressive Erkrankung), bei der depressive und manische Episoden, also zwei Pole, abwechseln.

Bis zum Schuleintrittsalter macht die Depression sich eher durch Gehemmtheit, Inaktivität und sozialen Rückzug im Handlungsbereich (Motivation) sowie Klagen über körperliche Beeinträchtigungen, Müdigkeit, besonders Bauchschmerzen und Kopfschmerzen bemerkbar. Im Schulalter tritt neben den genannten körperlichen und handlungsnahen Elementen, die jetzt v. a. in Form von Lernstörungen auftreten, das Gefühl (Emotion) deutlicher hervor durch In-sich-gekehrt-sein und Ängste, z. B. Versagensangst und Schulangst. Das gedankliche Element (Kognition) wird immer wichtiger, niedriger Selbstwert, Sinnlosigkeitsempfindungen, auch Suizidgedanken kommen hinzu. Die Jugendlichen sind jetzt in der Lage, die Depression in Vorstellen, Fühlen und Handeln differenziert wahrzunehmen und zu beschreiben. Dabei ist die niedergedrückte Stimmung der vorliegende problematische psychische Zustand, der therapeutisch von der Motivation und Kognition ausgehend positiv beeinflussbar ist.

Ätiologie, Epidemiologie und Prognose

Die eigentlichen Ursachen von depressiven Erkrankungen sind bisher nicht geklärt. Physikalische und physiologische Ursachen können Lichtmangel und körperliche Erschöpfung sein. Die neuerdings wieder mehr diskutierte Temperamentenlehre spricht von einer körperlichen Disponierung durch das melancholische Temperament, also einem erblichen Faktor (Myschker, 2002). Jedenfalls ist die Beteiligung des Hormonstoffwechsels und die Beteiligung erblicher und anderer biologischer Faktoren unstrittig. Ebenso unstrittig sind psychosoziale Faktoren, wie Traumata, Trennungserfahrungen, Bindungsstörungen, fehlende Handlungskompetenz im sozialen wie auch individuellen Bereich. Etwa 3 % aller Kinder leiden unter schweren depressiven Episoden, häufig ist die depressive Störung bei Kindern mit einer Angststörung verbunden. Der Verlauf bei depressiven Verstimmungen und depressiven Reaktionen ist insofern positiv, als sie gut auf therapeutische Maßnahmen ansprechen. Bei schweren depressiven Episoden ist die Prognose nicht günstig. Insgesamt muss bei Auftreten von Depressionen in der Kindheit und Jugend mit einem erhöhten Risiko auch für das Erwachsenenalter gerechnet werden.

Pflegerisches Handeln

Pflegepersonen sollen für das depressive Kind positive soziale Lebensbezüge sein. Verstimmungen, Trauer, auch wenn sie aufgrund von Wahrnehmungsverzerrungen zustande kommen, sollen ernstgenommen werden. Pflegepersonen sollen also nicht versuchen, den Betroffenen durch Argumente umzustimmen. Stattdessen sollte der Schwerpunkt auf der Aktivierung des Kindes liegen. Verhalten und Sprache müssen gut beobachtet werden (verlangsamtes Verhalten, Zurückgezogenheit, übersteigerte Euphorie). Das Kind muss auf evtl. vorhandene Suizidabsichten und parasuizidale Handlungen angesprochen werden. Bei einem begründeten Verdacht sollten sofort die fachlich zuständigen Personen bzw. Stellen (Arzt, Psychotherapeut, Klinik) eingeschaltet werden.

25.2.3 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)

Bedeutung

Ein Störungsbereich, der in den letzten Jahren immer mehr an Beachtung gewonnen hat, ist der Bereich der Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen, vielfach begleitet von Hyperaktivität. Die betroffenen Kinder können sich schlecht für längere Zeit auf eine Sache konzentrieren, sind meist impulsiv und unruhig.

Mit zunehmendem Alter sind sie immer weniger in Gruppen Gleichaltriger integriert. In den Familien der Kinder, aber auch in Kindergärten und Schulen führt dies oft zu großen Problemen, da solche Kinder den betreuenden Personen erhebliche Schwierigkeiten bereiten. So ist es ungleich schwieriger, Gruppenaktivitäten zu gestalten oder eine anregende und ruhige Lernatmosphäre aufrecht zu erhalten.

Konzeptentwicklung

Begonnen hat die Konzeptentwicklung zum Umkreis der ADHS bereits vor langer Zeit. **Archetypisch** wird hier häufig der »Zappelphilipp« aus den Struwwelpeter-Bildergeschichten von Heinrich Hoffmann um 1845 genannt. Der Zappelphilipp kann nicht ruhig am Tisch sitzen, gehorcht nicht den Anweisungen der Eltern, kippelt mit dem Stuhl und fällt schließlich samt Stuhl, Tischdecke und Mittagessen der gesamten Familie um.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema beginnt etwa mit dem 20. Jahrhundert. Im Jahre 1902 beschrieb der englische Kinderarzt George F. Still Kinder mit motorischer Unruhe, einer Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und aggressiven Ausbrüchen. Still vermutete angeborene Schädigungen, die er aber nicht nachweisen konnte. Später kam die Auffassung auf, die betroffenen Kinder litten unter einer leichten Hirnschädigung, hervorgerufen z. B. durch Sauerstoffmangel während der Geburt, der dann eine Funktionsbeeinträchtigung des Gehirns nach sich ziehen sollte. Diese Ansätze gruppieren sich um den Begriff *leichte frühkindliche Hirnschädigung* bzw. *minimale Cerebralparese*. Jedoch auch mit der Verfeinerung der zur Verfügung stehenden Methoden zur Untersuchung des Hirnaufbaus zeigten sich keine Hinweise auf morphologische Besonderheiten, die typisch wären für Kinder mit ADHS.

Daraufhin wurde die Begrifflichkeit verändert. Es wurden nun keine morphologischen, sondern ähnlich wie bei endogenen Psychosen (Affektpsychosen und Schizophrenien), funktionelle Störungen des Gehirns angenommen. Diese wurden unter dem Begriff *minimale cerebrale Dysfunktion (MCD)* gefasst, der in Deutschland in den 70er Jahren aufkam und bis Ende der 80er Jahre Verwendung fand.

Aus den USA kommend, wanderte in den 80er Jahren in Deutschland der Begriff der Hyperaktivität ein, der zunehmend die MCD ablöste. Das *hyperkinetische Syndrom* (HKS) legte nunmehr die Betonung auf die Unruhe, die viele Kinder mit Konzentrationsstörungen zeigen, gründete sich aber auf die im Wesentlichen wieder gleiche Problematik. Nur dass nun nicht mehr frühkindliche Hirnschädigungen, sondern eine genetische Disposition, entweder allein oder in Verbindung mit einer Fehlernährung, verantwortlich gemacht wurde. Schon in den 70er Jahren wurde das Hyperaktivitäts-Konzept erweitert und letztlich durch den Begriff *Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS)* mit und ohne Hyperaktivität ersetzt. Wobei die ADS mit Hyperaktivität, auch als ADHS bezeichnet, die weitaus größere Bedeutung hat.

Die ADHS ist gekennzeichnet durch folgende 3 Störungsbereiche:

- Aufmerksamkeitsprobleme,
- mangelnde Impulskontrolle und
- gesteigerte motorische Unruhe.

Hiermit häufig verbunden aber nicht notwendigerweise stets vorhanden sind:

- Teilleistungsstörungen (z. B. **Legasthenie**),
- motorische Koordinationsstörungen (Feinmotorik, Gleichgewicht, etc.),
- unangemessenes Sozialverhalten (störendes Verhalten, Aggressivität, Opposition, mangelnde Regelbefolgung, Delinquenz) und
- emotionale Probleme (Stimmungsschwankungen, niedrige Frustrationstoleranz, Jähzorn).

Die Häufigkeit des Auftretens von ADHS nach dem DSM IV in der Bevölkerung wird in Studien überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum mit Werten zwischen 4 % und 26 % angegeben. In Deutschland wurde bis Herbst 2004 im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Institutes ebenfalls eine großangelegte Prävalenzstudie durchgeführt. Diese ergab in einer ersten Schätzung einen oberen Grenzwert von 3,9 %. Auffällig ist, dass es erhebliche Unterschiede bei Mädchen und Jungen gibt. So sind wesentlich mehr Jungen als Mädchen betroffen. Das Verhältnis wird bei verschiedenen Untersuchungen zwischen 3:1 und 9:1 angegeben (▶ auch Gershon, 2002).

Genetische Hypothesen

In den 60er und 70er Jahren wurde der Glaube an die Formbarkeit des Individuums durch die Umwelt

erheblich größer – bis hin zu der extremen Vorstellung, der Mensch komme als »tabula rasa« auf die Welt und werde zu dem, was er ist, allein durch seine Erfahrungen. Entsprechend suchte man auch für die zuvor als angeboren betrachteten Störungen und Defizite pädagogische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Die Bedeutung der Pädagogik, der Psychologie und der Psychotherapie wuchs, sind sie doch Erklärungsrahmen und Interventionsinventar gleichermaßen und versprechen Hilfe bei Störungen der Aneignungsprozesse, der Affektivität oder des Verhaltens.

Diese veränderte Haltung schlug sich auch in der Suche nach Ursachen für die heute unter dem ADHS-Begriff zusammengefassten Störungen nieder. So sah man beispielsweise einen inkonsequenten, unsicheren Bindungsstil der Bezugspersonen als Ursache an. Reizüberflutung durch extensives Fernsehen und ein Mangel an »Primärerfahrung«, also dem direkten Umgang von Kindern mit der Natur, wurde gleichfalls als Quelle für die zunehmend mehr Beachtung findenden Probleme betrachtet. Für viele Eltern und Pflegepersonen ergaben sich hieraus schmerzhafte Gedanken über Schuld und Verantwortung, was zu einer Verunsicherung in der Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen führte und umgekehrt die Kinder und Jugendlichen in eine Position der scheinbar gerechten Empörung über die Erziehungsfehler der Eltern brachte.

Im Zuge des konservativen Wertewandels, der sich Anfang der 80er Jahre in Politik und Gesellschaft ankündigte, traten psychosoziale Erklärungsmodelle wieder zugunsten von naturwissenschaftlichen in den Hintergrund. Anders als in den Jahrzehnten zuvor wurden die vorhandenen Unterschiede im Verhalten, seien es die zwischen Mann und Frau, hochintelligent und minderbegabt, psychisch krank und gesund, zunehmend als unveränderlich, naturgegeben und genetisch disponiert betrachtet. Viele Male wurden genetische Marker für Schizophrenie und Depression gemeldet, doch die meisten dieser Befunde hielten einer Überprüfung nicht stand. Dennoch gibt es Belege genug, die dafür sprechen, dass ein Teil der Problematik erblich angelegt ist. So auch bei ADHS. Der gegenwärtige Stand der Forschung nimmt einen genetischen Anteil von 70 % bis zu 95 % bei der Entstehung von ADHS an (Sherman et al., 1997; vergl. auch Ding et al., 2002). Doch ob diese Ergebnisse letztlich Bestand haben werden, und was sie eigentlich besagen, ist noch längst nicht abschließend geklärt.

Eine weitere Quelle möglicher Faktoren für die Entstehung von ADHS ist die Störung der Hirnentwicklung durch Stress, Krankheiten, Alkohol, Nikotin oder medikamentöse Einflüsse während der Schwangerschaft. Durch diese schädigenden Einflüsse habe sich das Gehirn des Fötus nicht normal entwickeln können und weise daher die beobachteten funktionalen Defizite auf. Auch hier gibt es Hinweise, dass bei Auftreten dieser Faktoren, das Risiko der Kinder, an ADHS zu leiden, sich erhöht.

Schließlich gibt es nach wie vor Hypothesen einer psychogenen Entwicklung der Störung. Die eher tiefenpsychologisch orientierten Theoretiker gehen von einer Bindungsstörung zwischen Kind und ersten Beziehungspersonen aus, die eher verhaltenstherapeutisch orientierten Wissenschaftler postulieren, dass die Familie eines ADHS-Kindes eine Lernumgebung darstelle, die Unruhe, Aggressivität und regelverletzendes Verhalten verstärke.

Behandlungsansätze

Seit etwa 15 Jahren wird auch in Deutschland verstärkt *Ritalin* (Methylphenidat) verschrieben. Dabei handelt es sich um eine Substanz aus der Gruppe der Amphetamine, die in der Regel anregend und appetitreduzierend wirken.

Die Verschreibung von Ritalin bei ADHS geschah in der Vergangenheit oft durch Kinderärzte, denen die entsprechende psychiatrische oder psychotherapeutische Fachkenntnis fehlte. Die Diagnose ADHS wurde umso bereitwilliger gestellt, als die Gabe von Ritalin, die schwer zu kontrollierenden Kinder leichter handhabbar machte. Die oft damit verbundene Hoffnung, dass mit der Reduktion der Unruhe auch die Konzentrations- und Lernfähigkeit zunehmen würde, erfüllte sich aber nicht.

Da auch die Fähigkeit der Kinder, sozialen Kontakt zu Altersgenossen aufzunehmen hierdurch nicht steigt, sondern sie im Gegenteil eher zurückgezogener wirken, nützt die Gabe von Ritalin wohl letztlich mehr der Umwelt als den Kindern selbst. Hinzu kommt, dass die verabreichten Medikamente keine Heilwirkung haben, sondern lediglich die unerwünschte Hyperaktivität reduzieren, solange die Wirkung des Medikamentes anhält. Von Befürwor-

tern der Ritalingabe wird das Medikament mit Insulin verglichen, das gleichfalls keinen heilenden Nutzen habe, für Diabetiker jedoch lebenswichtig sei.

Hoffnung auf eine Verbesserung der Symptomatik ohne permanente Medikamentengabe bietet augenblicklich nur eine Psychotherapie. Diese sollte dort, wo es die Umstände erfordern, durch eine medikamentöse Behandlung begleitet werden.

Im Rahmen einer Psychotherapie geht es darum, zusammen mit dem Kind und seiner Familie Verhältnisse herzustellen, die optimal dafür geeignet sind, Lernen und soziale Integration zu fördern. Das kann zum einen durch klar strukturierte Zuwendung, konsequenten doch liebevollen Erziehungsstil der Eltern, Erzieher, Lehrer und sonstigen erwachsenen Bezugspersonen erreicht werden. Zum anderen kann in der Therapie daran gearbeitet werden, die Konzentrationsspannen des Kindes zu verlängern und seine permanente Aufgeregtheit zu reduzieren, indem der Therapeut ihm Möglichkeiten zeigt, wie es seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse durch Methoden der Selbststeuerung und sozial angemessene Formen der Durchsetzung von Interessen besser erreichen kann.

Pflegerischer Umgang mit ADHS-Kindern

ADHS-Kinder sind schwierig. Sie sind unruhig, halten sich nicht an Regeln, provozieren, erzeugen Chaos. Unternehmungen in einer Gruppe mit ADHS-Kindern sind doppelt anstrengend. Umso wichtiger ist, dass die betreuenden Personen sich immer wieder vor Augen halten, dass ADHS-Kinder nicht bösartig sind. Dies kann man in all der Hektik und all dem Chaos, das diese Kinder umgibt, allzu leicht vergessen. Für Betreuungspersonen ist es wichtig, ihre eigene Toleranz und Leidensfähigkeit nicht überzustrapazieren. Sie sollten störendes, aggressives und regelverletzendes Verhalten eines ADHS-Kindes frühzeitig unterbinden, noch bevor sie selbst ärgerlich geworden sind. Der eigene Ärger der Betreuungsperson macht es ihr schwieriger, rational und angemessen zu reagieren. Die Aggressivität und das chaotische Verhalten eines oder gar mehrerer ADHS-Kinder drohen auch die Betreuungspersonen zu beeinflussen.

In der Interaktion wechseln ADHS-Kinder oft ihren Fokus und ihre Haltung. Was jetzt gerade noch wichtig war, ist im nächsten Moment schon durch etwas neues verdrängt, das die volle Aufmerksamkeit und Beachtung verlangt. Zur Unterstützung der Entwicklung des Kindes können die Pflegepersonen den Aufmerksamkeitswechsel verlangsamen, indem sie ein vom Kind geäußertes Thema freundlich und ruhig aufrechterhalten und selbst weiterverfolgen, wenn das Kind schon beim nächsten oder übernächsten Thema angelangt ist. Das darf natürlich nicht den Charakter eines Kampfes annehmen. Vielmehr sollte man irgendwann wieder zum dann aktuellen Thema des Kindes aufschließen. Dort sollte man wieder verweilen und vielleicht die nächsten beiden Sprünge auslassen. Mit der Zeit wird sich der Themenwechsel mehr und mehr verlangsamen und ein tieferes Eindringen und Durchdringen eines Zusammenhanges wird möglich.

So schwer es auch oft fallen mag, ist der Schlüssel zum richtigen Umgang mit ADHS-Kindern, Ruhe auszustrahlen.

Wenn Interventionen nötig sind, gilt es freundliche Konsequenz zu zeigen und immer wieder Grenzen aufzuzeigen. Regeln sollten nicht nur formuliert, sondern schnell und konsequent durchgesetzt werden. Da die Kinder oft in kurzer Zeit sehr viele Regeln verletzen, ist es entscheidend, sich darüber klar zu werden, welche wichtig und welche weniger wichtig sind und sich dann zunächst auf die Durchsetzung der wichtigsten zu beschränken.

Es dauert lange, bis grundlegende Regeln von ADHS-Kindern wirklich verinnerlicht sind und dann auch zuverlässig eingehalten werden. Erst wenn das geschehen ist, sollte man sich mit den weniger wichtigen Problemen beschäftigen. Dabei gilt es immer darauf zu achten, dass das Kind mit aggressiven und regelverletzenden Verhaltensweisen keinen Erfolg hat, der es in seinem Verhalten bestärken könnte.

Wichtig ist vielmehr, dass die erwünschten, sozial angemessenen Verhaltensweisen belohnt und damit verstärkt werden.

Auch der Erfolg dieser Erziehungshaltung vollzieht sich bei ADHS-Kindern viel langsamer und von mehr Widerstand begleitet als bei den meisten anderen Kindern.

25.3 Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Der vollendete Suizid im Jugendalter ist nach Schulz (2000) die *dritthäufigste Todesursache* nach Verkehrsunfällen und Krebserkrankungen. Im Kindesalter steht der Suizid statistisch gesehen an 10. Stelle der Todesursachen. Die Dunkelziffer ist jedoch hoch. Vor allem im Jugendalter stellt die suizidale Krise also ein häufig gezeigtes Problemverhalten dar, das alle Behandlergruppen mit schwierigsten therapeutischen Aufgaben konfrontiert. Suizide werden angedroht, versucht und vollendet. Etwa 70–80 % aller Versuche werden von den Betroffenen vorher angekündigt und häufig mit gesteigertem selbstverletzendem Verhalten eingeleitet. Ankündigungen haben Appellcharakter, sollten ernst genommen werden und bieten einen Ansatz zu vorsorgender Behandlung. Weitere Merkmale präsuizidaler Symptomatik sind verarmte zwischenmenschliche Beziehungen und Wertvorstellungen sowie insgesamt eine Einengung situativen und dynamischen Erlebens (z. B. generell negativ getönte emotionale Wahrnehmung, Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit). Bei Verdacht auf Selbstmordgefährdung muss exploriert werden, ob genauere und schon länger andauernde Selbstmordgedanken und -vorstellungen über den Ablauf existieren. Bei einem begründeten Verdacht sollten sofort die fachlich zuständigen Personen bzw. Stellen (Arzt, Psychotherapeut, Klinik) eingeschaltet werden.

Risikofaktoren für suizidales Verhalten im Jugendalter (ergänzt nach Schulz, 2000):

- Verlust einer bedeutungsvollen Bezugsperson,
- Broken-Home-Situation,
- Suizid in der Familie,
- soziale Isolation,
- Probleme im Sexualbereich/auch sexueller Missbrauch,
- aggressives und/oder delinquentes Verhalten,
- Traumatisierung (z. B. Gewalterfahrungen, Katastrophen, Folter),
- Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- hoher Leistungsdruck (Überforderung),
- Nachahmungssuizid.

Suizidales Verhalten tritt auch im Zusammenhang von Störungen der Impulskontrolle sowie nur ungenügender Kompetenzen zur Regulierung von Affekten auf. Diagnose und Therapie suizidalen Verhaltens hat die psychologischen Grunderkrankungen zu berücksichtigen (z. B. depressive Syndrome, akute Belastungsreaktionen, schizophrene Psychosen, drogeninduzierte Psychosen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens), um die Komplexität der Entstehungsbedingungen zu erfassen.

Suizidalität wird im Allgemeinen stationär behandelt und orientiert sich an der Grunderkrankung und weiteren Belastungsfaktoren. So muss z. B. ein Selbstmordversuch bei einem Essgestörten spezifisch anders behandelt werden als Suizidalität bei Substanzmittelmissbrauch, bei schweren depressiven Syndromen oder bei einem Psychotiker. Die Behandlungsformen müssen der Vielfalt der Ursachen Rechnung tragen. Demzufolge kommen auch eine Reihe von auf den Einzelfall abgestimmten Behandlungsansätzen (gesprächspsychotherapeutische, kognitive, familienzentrierte, verhaltenstherapeutische u. a. Methoden) zum Einsatz.

25.4 Intelligenzminderung, geistige und psychische Behinderung

Das Konzept der Intelligenzbestimmung beruht darauf, eine Auswahl von Aufgaben vorzugeben, die die kognitive Leistungsfähigkeit einer Testperson abbilden können. Die Testperson bringt davon einen Teil oder alle in einen inhaltlich sinnvollen Zusammenhang. Der Anteil der richtigen Aufgaben an der Gesamtmenge wird bestimmt und in Beziehung zum Lebensalter gesetzt. Der so errechnete Wert wird als Intelligenzquotient (IQ) bezeichnet. Den hierbei ermittelten Durchschnittswert der Bevölkerung, den Wert, um den die meisten liegen, setzt man mit 100 an. Je weiter man sich von diesem Durchschnitt nach oben oder unten entfernt, umso mehr nimmt die Zahl der Personen mit diesem IQ ab. Mehr als 2/3 der Bevölkerung haben (Wechsler) einen Wert zwischen 85 und 115.

In einem Bereich von IQ 85–70 spricht man im Allgemeinen von Intelligenzminderung (Steinhausen, 2000), unter 70 von geistiger Behinderung. Intelligenzminderungen von geistigen Behinderungen zu unterscheiden ist nicht einfach, da man in

der Kommunikation gewohntermaßen das Schwergewicht auf die verbale Sprachfähigkeit legt. Bei der Testkonstruktion versucht man, nonverbale kognitive Fähigkeiten durch bildhafte und manuelle Anteile in den Tests zu erfassen. Intelligenzmessungen sind neben vielen anderen Faktoren erheblich vom Selbstbewusstsein, der Konzentrationsfähigkeit, der Umgebung und der Tagesform der Probanden abhängig. Daher sind sie, auch weil sie sich im wesentlichen auf kognitive Fähigkeiten beziehen und damit nur einen Ausschnitt der gesamten Fähigkeiten darstellen, bedingt aussagefähig für das geistige Leistungsvermögen eines Menschen. Personen mit Intelligenzminderungen brauchen zur optimalen Entwicklung ihrer geistigen Fähigkeiten besondere, auf den Einzelfall bezogene heilpädagogische und sonderpädagogische Förderung sowie ggf. Psychotherapie. Außerordentlich wichtig ist es, den Grad der Bewusstheit der Behinderung bei den Betroffenen richtig einzuschätzen. In der Regel leiden diese schon lange unter sozialer Stigmatisierung, wodurch sich verschlimmernde psychopathologische Anteile zusätzlich auflagern und oft zu Hoffnungslosigkeit und destruktiven Selbstkonzepten geführt haben.

Intelligenzminderung tritt auch bei ca. 95 % der Menschen mit frühkindlichem **Autismus** auf. 60 % von ihnen haben eine geistige Behinderung. Menschen mit frühkindlichem Autismus fallen schon früh durch eingeschränkte soziale Aktivität auf, z. B. als Säuglinge, die nicht lächeln, als Kleinkinder, die Blickkontakt vermeiden. Die Sprache kann meist nicht sozial angewendet werden. Andere Menschen rufen keine emotionale Resonanz hervor. Oft bestehen eingeschränkte und stereotype Verhaltensmuster, Aggressionen, Selbstverletzungen, Ess- und Schlafstörungen sowie Phobien.

Ätiologie, Epidemiologie und Prognose

Intelligenzminderungen und geistige Behinderungen treten bei ca. 10 % der Bevölkerung auf. Schwerste geistige Behinderungen sind meistens durch Hirnverletzungen, fetale Schädigungen (z. B. Alkoholmissbrauch der Mutter), Geburtsschädigungen, Erkrankungen und Schädigungen in der frühen Kindheit verursacht. Psychogene Intelligenzminderungen entstehen v. a. durch Traumatisierung und negative Erfahrungen bei Lernprozessen.

Frühkindlicher Autismus kommt sehr selten vor, bei ca. 0,05 % der Kinder. Man geht hier heute von einer hirnorganischen Ursache aus, v. a., weil bei etwa der Hälfte der Betroffenen somatische Veränderungen des Gehirns nachweisbar sind.

Alle Kinder mit Intelligenzminderungen und Autismus machen durch Heilpädagogik und Therapie Fortschritte, ein großer Teil von ihnen bleibt jedoch auf Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen angewiesen.

Pflegerische Maßnahmen

In jedem Fall sollte das Kind mit einer Störung der Intelligenz oder mit Autismus als individuelle Persönlichkeit angesehen werden, die hochwahrscheinlich in ihrem Innenleben, was sie ja nicht angemessen mitteilen kann, sich sehr bewusst mit ihrer Behinderung und ihrem Anderssein auseinandersetzt. So ergibt sich aus der Störung oft aggressives Verhalten, auf das gleichmütig, konsequent und selbstschützend reagiert werden sollte (▶ Kap. 25.2.1). Eine konsequente und strukturierte Umgebung, die die Aktivität der Kinder fordert, unterstützt am ehesten den Entwicklungsfortschritt.

25.5 Anfallsleiden

Unter Anfallsleiden wird im Allgemeinen die Epilepsie (griech.: epilepsis = Anfall) verstanden. Sie steht im Zusammenhang mit einer Hirnfunktionsstörung. Etwa 25 % der von Epilepsie Betroffenen haben zusätzlich zum Anfallsleiden psychische Störungen. Hier kommen besonders Störungen der Aufmerksamkeit mit Verbindungen zu ADHS (▶ Kap. 25.2.3) vor, Ängste und Depressionen. Bei schwereren Fällen und längeren Krankheitsdauern treten auch Psychosen auf. Epilepsie ist seit Jahrtausenden bekannt. Im Altertum galt sie als heilige Krankheit. Bei den Anfällen werden Petit-Mal-Anfälle und Grand-Mal-Anfälle (petit mal = kleines Übel, grand mal = großes Übel) unterschieden. Der Petit-Mal äußert sich durch Muskelzuckungen besonders der Gliedmaßen und oft Zuckungen der Schultern, die die Betroffenen wie elektrische Schläge empfinden. Der Petit-Mal kann auch als Absence (Bewusstseinspause) auftreten. Der Grand-Mal ist durch Bewusstlosigkeit, durch Krampfen der gesam-

ten Körpermuskulatur sowie nachfolgende Gliederzuckungen, verstärkten Speichelfluss und oft Einnässen und Einkoten gekennzeichnet. Nach einigen Minuten tritt Entspannung ein. Dem Grand-Mal wie dem Petit-Mal geht meistens eine einleitende **Aura** voraus. Geschulte Betroffene können sich beim Grand-Mal noch hinlegen und damit den sonst unausweichlichen Fall vermeiden.

Pflegerische Maßnahmen

Genaues Beobachten und Beschreiben des Verhaltens und aufmerksames Miterleben der momentanen Lebenssituation der von Anfallsleiden Betroffenen ist unverzichtbar für eine erfolgreiche Therapie. Schon die Medikamentenwahl und -dosierung muss durch ständige Rückmeldung mit Verhaltensbeobachtungen und der Beobachtung des Wachheitsgrades, der Aktivität und der Sprache der Patienten bestimmt werden. Die notwendige Selbstbeobachtung der Betroffenen wird sehr dadurch gefördert, dass sie angeregt werden, ihre Befindlichkeit auszusprechen. Angemessene Anforderungen, v. a. im Alltag bereiten für ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben vor, auch wenn die Leistungsfähigkeit durch das Leiden reduziert ist. Es ist unbedingt darauf zu achten, dass die Betroffenen keine Außenseiterposition in Gruppen einnehmen.

25.6 Heil- und Sonderpädagogik, Verhaltensauffälligenpädagogik

Psychotherapie und Pädagogik können gut in die folgende Relation gesetzt werden: Psychotherapie wird dann notwendig, wenn die Pädagogik, verstanden als Angebot an alle, nicht greift. Psychotherapie ist Leid mindernd, entlastend und wiederherstellend, und damit nur im Einzelfall notwendig, während Pädagogik für alle notwendig ist.

Heil- und Sonderpädagogik sind bestrebt, bei Defiziten durch pädagogische Maßnahmen, v. a. durch an die jeweiligen Defizite angepasste Lernschritte und Vermittlungstechniken letzten Endes die allgemeinen Lernziele zu erreichen. Dabei widmet sich die Heilpädagogik mehr dem Ausgleich der schwerer veränderlichen, v. a. organischen Behinderungen, die Sonderpädagogik mehr den Verhaltensauffälligkeiten. In der Regel liegt beides vor. Der Schwerpunkt befindet sich mal mehr auf der Seite der Behinderung, mal mehr auf der Seite der Verhaltensauffälligkeit.

Psychotherapie muss hingegen erst die Voraussetzungen für das Lernen schaffen, diese bestehen v. a. in den psychischen Grundlagen für eine situations- und altersgerechte Beziehungsfähigkeit.

Sie kann daher nicht wie die Pädagogik von zu erreichenden Lernzielen, die eingefordert werden können, ausgehen, sondern muss bei der abweichenden Entwicklung ansetzen und von hier aus die bisher nicht realisierten Entwicklungsprozesse in Gang bringen.

25.7 Elternarbeit

Die Zusammenarbeit von Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegepersonen mit den Eltern stellt bei allen psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen einen *tragenden Pfeiler* dar. Niemand kennt die Kinder und Jugendlichen so gut wie deren Eltern. Keiner hat, gerade bei jüngeren Kindern, einen so großen Einfluss auf sie. Gewinnt man die Eltern für eine gemeinsame Zielsetzung, so steht die Hilfemaßnahme unter einem günstigen Stern.

In diesem Zusammenhang ist nicht Raum genug, alle Bereiche der Elternarbeit zu nennen. Konzentrieren wir uns daher auf einige wesentliche Aspekte. Zunächst einmal ist es wichtig zu sehen, dass oftmals auch die Eltern unter den Problemen ihrer Kinder leiden. Umgekehrt zeigen sich Probleme der Eltern auch an den Auffälligkeiten der Kinder. Dies gilt umso stärker, je einschneidender diese Probleme und je jünger die Kinder sind. Zu nennen sind hier psychische Störungen der Eltern, wie Depressionen oder Suchtverhalten (Alkoholismus). Konflikte zwischen den Eltern spielen gleichfalls eine wichtige Rolle. Das gilt bei den unterschiedlichen Formen von familiärer Gewalt ebenso wie bei Trennung und Scheidung.

Die Auswirkungen der elterlichen Probleme auf die Kinder sind oftmals *nicht spezifisch*, d. h. man kann aus ihnen nicht leicht auf die Art der Ursache schließen. So kann ein sozialer Rückzug und niedergedrückte Stimmung eines Kindes sowohl eine Folge der Trennung seiner Eltern sein, als auch die Folge

eines sexuellen Missbrauchs. Gerade die »Aufdeckung« vieler vermeintlicher Fälle von sexuellem Missbrauch, die Erzieher nach entsprechenden Fortbildungen aus den Zeichnungen von Kindern herauslesen zu können glaubten, mahnen zur Vorsicht und zur Sorgfalt bei der Mutmaßung über Hintergründe. Diagnostik und Anamnese psychischer Probleme sollte nur durch geschultes und erfahrenes Personal erfolgen.

Besonders schwierig für Pflegepersonen ist der Umgang mit Problemen, denen verborgene Konflikte zugrunde liegen, die einzelnen Mitgliedern oder der ganzen Familie gar nicht bewusst sind. Aus ihnen ergeben sich oft heftige Auseinandersetzungen zwischen Familienmitgliedern, die sich in den Augen von Außenstehenden um Kleinigkeiten drehen. Pflegepersonen, denen solche Konflikte auffallen, können ihre Sichtweise freundlich und klar aussprechen. Sie müssen aber mit heftigen Abwehrreaktionen rechnen. Nicht selten fühlen sich Eltern im Stillen schuldig für die Probleme ihrer Kinder. Ein Hinweis auf die möglichen eigenen Anteile am problematischen Verhalten ihrer Kinder, der von außen kommt, kann diese unterschwelligen Schuldgefühle aktualisieren und beispielsweise zu einem emotionalen Zusammenbruch oder zu einer aggressiven Zurückweisung führen.

Bei der Zusammenarbeit mit Eltern ist es wichtig, sich stets darüber klar zu sein, dass die Eltern ihre Kinder in aller Regel nach bestem Wissen und Gewissen erziehen.

Auch wenn man als Außenstehender vielleicht andere Werte hat, Dinge erkennt, die vermeintlich schlecht laufen, oder mutmaßliche Erziehungsfehler entdeckt hat, sollte man nicht der Versuchung erliegen, in den Eltern die Schuldigen am Übel des Kindes zu sehen. Die Schuldfrage, sofern es sich beispielsweise um strafrechtlich relevante Handlungen handelt, muss ggf. vor Gericht geklärt werden, für das Handeln der Helfer im Rahmen ihrer Betreuungsaufgabe ist die Beschäftigung mit dieser Frage von der seltenen Ausnahme strafrechtlich relevanter Vorkommnisse abgesehen, nicht hilfreich. Für sie geht es v. a. darum, jene Faktoren zu finden, die aus den Schwierigkeiten herausführen.

Will man als Pflegeperson Kindern und Jugendlichen helfen, ist ein gutes Verhältnis zu den Eltern für alle Beteiligten hilfreich. Weder sollte man versuchen, ein besserer Elternteil zu sein, noch ist es gut, sich als verlängerter Arm der Eltern bei der Durchsetzung ihrer Erziehungswünsche zu versuchen. Erkannte Probleme sollten ruhig und sachlich mit Kindern und Jugendlichen angesprochen werden. Wo dies aus welchen Gründen auch immer nicht möglich ist, sollten wichtige Beobachtungen und Informationen – z. B. im Rahmen von Fallkonferenzen – an die behandelnden Psychotherapeuten weitergegeben werden.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Wie bringen Sie gestörte Lernprozesse mit psychischen Störungen in Zusammenhang? ▶ Kap. 25.1
- Welche Behandlungsansätze kennen Sie für aggressives Verhalten? ▶ Kap. 25.2.1
- Was versteht man unter positiver und negativer Verstärkung? ▶ Kap. 25.2.1
- Welche Merkmale sind kennzeichnend für ADHS? ▶ Kap. 25.2.3
- Welcher genetische Anteil wird gegenwärtig bei der Entstehung von ADHS vermutet? ▶ Kap. 25.2.3
- Welche Bedeutung hat die Elternarbeit in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? ▶ Kap. 25.7

Literatur

Ainsworth M et al (1978) Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale (N.J.)

Bowlby J (1969) Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München

Ding Y C, Chi H et al (2002) Evidence of positive selection acting at the human dopamine receptor D4 gene locus. Proc Natl Acad Sci U S A 99 (1): 309

Dornes M (2002) Die emotionale Welt des Kindes. Fischer, Frankfurt aM

Eron L (1997) The development of antisocial behavior from a learning perspective. In: Stoff D, Breiling J, Maser J (Hrsg) Handbook of antisocial behavior. Wiley, New York

Gershon J (2002) A meta-analytic review of gender differences in ADHD. J Atten Disord 5: 143

Kazdin A (1995) Conduct disorders in childhood and adolescence. Sage, Thousand Oaks

Kesselring T (1988) Jean Piaget. Beck, München

Loeber R (1990) Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. Clinical Psychology Review 10: 1

Myschker N (2002) Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart
Petermann F, Petermann U (2000) Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. Hogrefe, Göttingen
Petermann F, Petermann U (2001) Training mit aggressiven Kindern. Beltz, Weinheim
Petermann F et al (2002) Verhaltenstraining für Schulanfänger. Schöningh, Paderborn
Piaget J (1974) Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. Klett, Stuttgart
Remschmidt H (2000) (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart
Scheithauer H, Petermann F (2002) Aggression. In: Petermann F (Hrsg) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
Schulz E (2000) Selbstverletzung und suizidales Verhalten. In: Remschmidt H (2000) (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart
Sherman DK, Iacono WG, McGue MK (1997) Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 745
Stattin H, Magnusson D (1996) Antisocial development: A holistic approach. Development and Psychopathology 8: 617
Steinhausen H-C (2000) Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Klett-Cotta, Stuttgart
Van Ijzendoorn M et al (1992) The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment in clinical samples. Child development 63: 840
Wechsler D (1964) Messung der Intelligenz Erwachsener. Hans Huber, Bern

26 Forensische Psychiatrie

Michael Hülsen

26.1 Gesetzliche Grundlagen – 356
26.1.1 Maßregelvollzug – 357

26.2 Krankheitsbilder – 358

26.3 Straftaten – 359

26.4 Besonderheiten der forensischen Pflege – 359

Literatur – 360

In Kürze

Einrichtungen des Maßregelvollzugs befinden sich an fast jeder psychiatrischen Klinik als Fachabteilungen oder als eigenständige Kliniken. Der Maßregelvollzug ist Aufgabe der Länder. Er wird durch das jeweilige **Maßregelvollzugsgesetz** (MRVG) eines Bundeslandes geregelt. Forensische Kliniken sind Hochsicherheitsbereiche. Sie sind abgesichert durch hohe Mauern oder Zäune, Schleusensysteme und Videoüberwachungsanlagen. In der Öffentlichkeit ist immer noch eine ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung von Straftätern spürbar, die in forensischen Kliniken untergebracht sind. Dies mag daran liegen, dass das Bild des forensischen Patienten gemeinhin das des Sexualstraftäters ist. Aber auch die Öffentlichkeitsarbeit von den Kliniken selbst ist noch sehr zurückhaltend und bietet nur wenig Transparenz, um ein stimmiges Bild von der Arbeit herzustellen. Die Arbeit in der forensischen Psychiatrie erfordert ein Höchstmaß an Professionalität, um den Anforderungen, die an die Beschäftigten gestellt werden, gerecht zu werden.

Im folgenden Kapitel wird auf die gesetzlichen Besonderheiten der forensischen Psychiatrie eingegangen. Dies sind hier insbesondere die Einweisungsmodalitäten in eine forensische Klinik, die Strafprozessordnung (StPO), die gesetzlichen Grundlagen nach dem Strafgesetzbuch (StGB) sowie die Maßregelvollzugsgesetze der Bundesländer.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- einen Überblick über die relevanten gesetzlichen Bestimmungen, die im Maßregelvollzug am häufigsten vorkommen
- Kenntnis über die wichtigsten Krankheits- und Störungsbilder im Maßregelvollzug
- Einblick in die Besonderheiten der psychiatrischen Krankenpflege in der Forensik

26.1 Gesetzliche Grundlagen

Voraussetzung für die Unterbringung eines Patienten in der Forensischen Psychiatrie ist eine begangene Straftat, die zur Verurteilung durch ein Gericht führte. Hier kommen § 20 und § 21 des StGB zur Anwendung:

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung einer Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Straftat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 (1) gemildert werden.

Schuldunfähigkeit bzw. verminderte Schuldfähigkeit werden durch einen vom Gericht zugelassenen sachverständigen psychiatrischen Gutachter, der den Delinquenten eingehend untersucht hat, festgestellt. Psychiatrische Begutachtungen können im Rahmen der Strafprozessordnung (StPO) auch nach § 81 StPO (Begutachtung in einem psychiatrischen Krankenhaus) auf Anordnung des Gerichts und nach Einvernahme des Gutachters sowie seines Verteidigers auch in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgen. Die Begutachtung darf aber nicht länger als 6 Wochen dauern. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist bei dieser Maßnahme zu beachten, außerdem kann der Beschuldigte gegen den Beschluss des Gerichts Beschwerde einlegen.

Häufiger ist die Anwendung des § 126a StPO.

§ 126a StPO: Einstweilige Unterbringung

(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit dies erfordert.

Grundlage für den Haftrichter, der die Unterbringung nach § 126a StPO anordnet, ist ein psychiatrisches Gutachten. Ziel der Unterbringung ist es unter anderem, bei dem Untergebrachten eine psychiatrische Behandlung beginnen zu können oder zumindest die

Einsicht des Untergebrachten zu wecken, dass bei ihm eine psychiatrische Behandlung sinnvoll ist. Häufig sind die Patienten jedoch eher skeptisch einer psychiatrischen Behandlung gegenüber eingestellt.

Die Patienten können jede medikamentöse Behandlung ablehnen. Nur im Notfall (Fremd- oder Eigengefährdung) ist es möglich, Zwangsmaßnahmen einzuleiten .–. und dies auch nur nach eingehender Überprüfung und nach Rücksprache mit dem zuständigen Haftrichter. Zu berücksichtigen ist, dass der Untergebrachte hier noch kein verurteilter Straftäter ist und bei ihm wie bei jedem anderen die Unschuldsvermutung gilt. Bei einer Verurteilung werden die §§ 63 oder 64 StGB angewendet.

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder sie auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos ist.

Bevor es jedoch zu einer Verurteilung nach §§ 63 oder 64 kommt, muss das Gericht überprüfen, ob der Verurteilte auf Grund seiner psychischen Erkrankung oder Störung oder auf Grund seines Hanges zu Suchtmitteln eine erhebliche Gefahr für die Allgemeinheit darstellt und von ihm weiterhin erhebliche Straftaten ausgehen können. Die Unterbringung nach § 63 StGB ist ohne zeitliche Begrenzung, die Unterbringung nach § 64 ist auf 2 Jahre begrenzt. Eine Strafvollstreckungsumkehr, d. h. eine Rückführung in eine Justizvollzugsanstalt ist möglich. Von ihr wird jedoch wenig Gebrauch gemacht.

26.1.1 Maßregelvollzug

Wie eingangs bereits erwähnt, ist der Maßregelvollzug Aufgabe der Bundesländer. Daher kommt es, dass jedes Bundesland sein eigenes Maßregelvollzugsgesetz formuliert hat und in diesem auch eigene Vorgaben und Vorstellungen zur Durchführung des MRV zum Ausdruck kommen. Es ist so zu einer gewissen Heterogenität in der Maßregelvollzugslandschaft gekommen. Gibt es z. B. in einigen Bundesländern besonderes Sicherheitspersonal (Wachdienste) in den Einrichtungen, wird in anderen Ländern diese Aufgabe überwiegend durch den Pflegedienst übernommen. Da hier nicht alle MRVG der Länder vorgestellt werden können, bleibt die Darstellung auf das Maßregelvollzugsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (MRVG-NW) in der Fassung vom 01.07.1999 beschränkt. Eine genaue Übersicht aller MRVG findet sich in entsprechender Literatur (Volckart, 1999).

Im I. Abschnitt des MRVG-NW werden in § 1 die Ziele die beschrieben:

(1) Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt sollen die betroffenen Patientinnen und Patienten durch Behandlung und Betreuung (Therapie) befähigen, ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. Die Sicherheit und der Schutz der Allgemeinheit und des Personals der Einrichtungen vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten sollen gewährleistet werden. Therapie und Unterbringung haben auch pädagogischen Erfordernissen Rechnung zu tragen und sollen unter größtmöglicher Annäherung an allgemeine Lebens- und Arbeitsverhältnisse Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein der Patientinnen und Patienten wecken und fördern.

Man beachte die Formulierung »Sicherheit und Schutz der Allgemeinheit und des Personals der Einrichtungen«. In der kritischen Auseinandersetzung mit der täglichen Arbeit sollte man diese wichtige Formulierung verinnerlichen. Natürlich muss man im Sinne der Gesetze dafür Sorge tragen, dass es auch zum Auftrag der MRV-Kliniken gehört, die Gesellschaft vor den strafgerichtlich untergebrach-

ten Patienten zu schützen. Der Fürsorge gegenüber den Beschäftigten im MRV wird hier vom Gesetzgeber ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Vielleicht wird in der näheren Zukunft der Hinweis auf § 1 besonders wichtig, wenn man in die bereits laufenden Diskussionen um Stellenstreichungen und Arbeitsverdichtungen vehementer eingreifen muss.

§ 1 (3) MRVG-NW beschreibt die Verpflichtung der Einrichtungen, für die Nachsorge der beurlaubten Patienten geeignete Angebote vorzuhalten sowie eine enge Zusammenarbeit mit extramuralen Einrichtungen zu pflegen. Weiterhin werden die Einrichtungen verpflichtet, Patienten in Krisensituationen jederzeit wieder aufzunehmen und sicher unterzubringen. In § 2 wird auch auf die Gestaltung der klinischen Einrichtung Bezug genommen. Hierzu zählen die Räumlichkeiten für die Patienten selbst, aber auch die Gestaltung und das Bereitstellen von geeigneten Therapieräumen (Arbeitstherapie, Schule etc.). In § 3 MRVG-NW wird auf die Qualitätssicherung und die Sicherheitsstandards eingegangen.

> (1) Die Qualität insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnisse und der Versorgungsabläufe ist zu gewährleisten. Die Träger der Einrichtungen führen regelmäßig Qualitätssichernde Maßnahmen durch.
>
> […]
>
> (3) Zur qualitativen Weiterentwicklung des Maßregelvollzugs, insbesondere hinsichtlich der Personalausstattung, werden Vereinbarungen zwischen dem Land und den Trägern der Einrichtungen […] getroffen, soweit nicht die Rechtsverordnung […] abschließende Regelungen trifft.

Absatz 3 ist hier von besonderer Bedeutung. In Zeiten leerer Kassen erlebt man es schon täglich vor Ort, wie die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Arbeit mit den Maßregelvollzugs-Patienten per Verordnungen und Regelungen behindert werden.

26.2 Krankheitsbilder

In den Kliniken werden behandelt:

- Patienten mit Psychosen (schizophrene Psychosen, affektive Psychosen),
- Patienten mit Minderbegabung,
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen,
- Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen.

Patienten mit Psychosen

Die Behandlung von psychosekranken Patienten in der Forensik gestaltet sich nicht wesentlich anders als in der Allgemeinpsychiatrie. Wichtigste Unterstützung gibt hier die Psychopharmakotherapie. In psychoedukativen Gruppen sollen die Patienten lernen, eine Compliance zur Medikation herzustellen sowie erste Anzeichen einer eventuellen Exazerbation ihrer psychotischen Erkrankung zu deuten. Bei Patienten, die schon jahrelang untergebracht sind, ist dennoch zu beobachten, dass sie trotz regelmäßiger Medikation immer wieder psychotisch dekompensieren können. Auslöser sind hier sicherlich persönliche Ereignisse (Tod eines Angehörigen, Verlegung eines Mitpatienten auf eine andere Station) aber auch Reizüberflutung, die Überschätzung von eigenen Fähigkeiten und nicht selten eine Erhöhung der Lockerungsstufe. Problematisch sind Patienten mit einer sekundären Suchterkrankung. Häufige Delikte von psychosekranken Menschen sind Beziehungstaten, also schwere Straftaten in ihrer nächsten Umgebung.

Patienten mit Minderbegabung

Minderbegabte Patienten machen einen großen Teil der Untergebrachten aus. Viele von ihnen sind schon von Kindesbeinen an durch die verschiedensten staatlichen Institutionen gegangen. Die Arbeit mit Minderbegabten und Lernbehinderten sollte durch Fachpersonal aus den erzieherisch-pädagogischen Berufsgruppen ergänzt werden. Das Üben und Erlernen von Alltagskompetenz steht für diese Gruppe im Mittelpunkt. Aber auch auf die Einhaltung von Werten und Normen müssen die Behandler achten und diese konsequent durchsetzen. Viele der verurteilten Patienten sind wegen pädosexueller Delikte untergebracht.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Die wohl problematischsten Patienten in der Forensik sind Menschen mit Persönlichkeitsstörung. Es sind die Menschen, die mit sich selbst und ihrer Umgebung nicht zufrieden sind. Wir haben es hier mit dissozialen oder impulsiven, affektiv unausgeglichenen oder aber mit narzisstischen Persönlichkeiten zu tun. Bei einem großen Teil dieser Patienten war die Anlassstraftat ein Sexualverbrechen.

Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen

Patienten, die dazu neigen, im Übermaß Alkohol oder andere (insbesondere illegale) Drogen zu sich nehmen und im Verlaufe ihrer Abhängigkeitserkrankung Straftaten begehen, können nach § 64 StGB in einer **Entziehungsanstalt** untergebracht werden. Die Straftaten können bei Drogenabhängigen in der Beschaffungskriminalität liegen. Es können aber auch andere Straftaten, wie z. B. Körperverletzungen vorkommen. Bei Alkoholabhängigen können impulsartige Gewalttaten, z. B. gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht vorkommen. Die Unterbringung ist auf maximal 2 Jahre begrenzt und muss Aussicht auf Erfolg der Behandlung haben. Arbeitet der Untergebrachte nicht am Therapieziel mit (Abstinenz!), so kann die Unterbringung abgebrochen werden und die weitere Verbüßung der Strafe in einer JVA angeordnet werden.

26.3 Straftaten

Patienten, die in den MRV eingewiesen werden, haben schwere Straftaten begangen. Es handelt sich hier um schwere Eigentumsdelikte, räuberische Erpressung, Brandstiftung, Tötungsdelikte, wie Totschlag und Mord. Hinzu kommen Delikte gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht eines Menschen, also Vergewaltigung, oder anderes abweichendes Sexualverhalten, wie z. B. Pädophilie.

26.4 Besonderheiten der forensischen Pflege

Die Besonderheiten der forensischen Pflege ergeben sich aus dem gesetzlichen Auftrag und den jeweils gültigen Durchführungsbestimmungen des Trägers. Das Pflegepersonal ist nicht nur für die eigentliche psychiatrische Krankenpflege, sondern auch für die Sicherheit nach außen und innen verantwortlich.

Äußere Sicherheit

Forensische Kliniken sind Hochsicherheitsbereiche. Sie sind abgesichert durch hohe Mauern oder Zäune, Schleusensysteme und Videoüberwachungsanlagen.

Ankommende Besucher müssen sich auf der Station melden und werden durch das Pflegepersonal nach eingehender Durchsuchung eingelassen. Das Pflegepersonal ist für die sichere Begleitung eines Patienten, z. B. zum Konsiliararzt, verantwortlich. Die Durchführung von Zimmerkontrollen sowie die Kontrolle von Fenstern, Gittern und Türen, das Herausgeben von »gefährlichen Gegenständen«, wie einem Messer zum Kochtraining, und die entsprechende Dokumentation gehören ebenfalls zum Tätigkeitsbereich. In den Kliniken arbeiten **Sicherheitsfachkräfte**, die diese Tätigkeiten kontrollieren und ständig überarbeiten.

Innere Sicherheit

Hauptmerkmal für die Innere Sicherheit ist die Arbeit mit dem Patienten. Die Pflege hat als größte Berufsgruppe maßgeblichen Anteil an der Behandlung. Das Pflegepersonal bildet sich entsprechend fort und kooperiert mit den anderen Berufsgruppen. Es ist zuständig für das soziotherapeutische Milieu auf der Station. Mit dem Patienten wird eine Bezugspflegevereinbarung getroffen. Wesentliche Aufgabe ist die Förderung der Alltagskompetenz des Patienten. Im Rahmen der Pflegeplanung muss nicht nur die übliche Pflegeanamnese erhoben werden; hier sollte die Pflegekraft zusätzlich Daten über die Kriminalgeschichte des Patienten erfahren.

Pflege in der Forensik bedeutet »professionelle Beziehungsgestaltung« über einen langen Zeitraum. Die Bezugspflegekraft nimmt an jeder Fallkonferenz ihres Patienten teil und stimmt dort mit den anderen Berufsgruppen die weiteren Vorgehensweisen ab. Wesentlicher Bestandteil des Behandlungsplans ist die Pflegeplanung.

Praxisbox

Die Pflegeplanung wird regelmäßig mit dem Patienten besprochen. In kollegialen Pflegevisiten wird die Pflegeplanung regelmäßig aktualisiert und die Arbeit mit dem Patienten reflektiert.

Wichtige Erkenntnisse aus der Pflege finden sich schon längst in Stellungnahmen für die Gerichte und in psychiatrisch-psychologischen **Gutachten** wieder. Besonders bei Prognosegutachten wird die fachliche Meinung der Pflegenden verlangt. Hier geht es meist um die Gefährlichkeit im Stationsalltag sowie um eine prognostische Einschätzung. Um alle diese zu-

sätzlichen Aufgaben erfüllen zu können, braucht man gut ausgebildetes und in genügender Zahl vorhandenes Pflegepersonal.

Klare Regelungen und verbindliche Absprachen fördern die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team und spiegeln den uns zugewiesenen Patienten das Bild wider, das sie für ihre Behandlung im Maßregelvollzug brauchen.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Nach welchen Einweisungskriterien kann man in einer forensischen Klinik untergebracht werden? ▶ Kap. 26.1
- Wer ist für den MRV hoheitlich zuständig? ▶ Kap. 26.1.1
- Was ist der Unterschied zwischen der Sicherheit nach außen und der Sicherheit nach innen? ▶ Kap. 26.4
- Welche besonderen Aufgaben hat der Pflegedienst in der forensischen Klinik? ▶ Kap. 26.4

Literatur

Hax-Schappenhorst T, Schmidt-Quernheim F (2003) Professionelle Forensische Psychiatrie. Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern

Kistner W (2002) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege. 4. Aufl Urban & Fischer, München

Strafgesetzbuch (StGB) (2002) 38. Aufl DTV – Beck, München

Strafprozessordnung (StPO) (2003) 36. Aufl DTV– Beck, München

Volckart B (1999) Maßregelvollzug: Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. 5. Aufl Luchterhand, München

Rechtliche Grundlagen und Rehabilitation

27 Rechtliche Grundlagen in der Versorgung und Behandlung – 361

Elke Bachstein

28 Netzwerke und Modelle der Behandlung und Versorgung – 381

Jörg Utschakowski

Glossar – 395

27 Rechtliche Grundlagen in der Versorgung und Behandlung

Elke Bachstein

27.1 SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende – 364

27.2 SGB III – Arbeitsförderung – 365

27.3 SGB V – Krankenversicherung – 366

27.4 SGB IX – Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe – 368

27.5 SGB XII – Sozialhilfe – 370

27.6 Rechtliche Aspekte in der psychiatrischen Arbeit – 372

27.7 Unterbringungsrecht – 373

27.8 Betreuungsrecht – 375

27.9 Berufsbildung und Berufsförderung – 378

Literatur – 379

In Kürze

Bei der Behandlung von psychiatrisch erkrankten Menschen müssen eine Vielzahl an Gesetzen und Rechtsvorschriften beachtet werden, die zum einen dem Schutz der Patienten dienen, zum anderen aber auch deren Leistungsansprüche gegenüber Sozialversicherungsträgern begründen.

Mit den Änderungen im Sozialrecht sind zum 1.1.2005 etliche neue Regelungen eingeführt worden. So wurden die bisherige Arbeitslosen hilfe (SGB III) sowie die Sozialhilfe (BSHG) zu einer einheitlichen Leistung, dem Arbeitslosengeld II im SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende zusammengeführt. Sozialhilfe nach SGB XII erhält nur noch, wer bedürftig ist und sich nicht aus eigener Kraft unterhalten kann.

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Vorschriften leistungsrechtlicher Art, aber auch die Rechte und Pflichten während der Behandlung dargestellt werden.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitel haben Sie einen Überblick über:

- die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen bei der Versorgung und Behandlung in der psychiatrischen Pflege
- die zum 01.01.2005 geänderten Sozialgesetze
- das Unterbringungs- und Betreuungsrecht
- die Rechte der Patienten während der Unterbringung

27.1 SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende

Aufgaben

Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist die Stärkung der Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften zu bestreiten. Erwerbsfähige Hilfebedürftige sollen bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützt werden und ihr Lebensunterhalt gesichert werden, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können.

Berechtigte

Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben, das 15. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind, sind anspruchsberechtigt und können Leistungen nach SGB II erhalten. Ebenso erhalten auch Personen, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft (z. B. im Haushalt lebende Eltern oder minderjährige Kinder) leben, Leistungen nach diesem Gesetz.

Träger

Träger der Leistungen sind die Bundesagentur für Arbeit bzw. die kreisfreien Städte und Kreise (kommunale Träger).

Finanzierung

Die Kosten für das Arbeitslosengeld II werden vom Bund aus Steuermitteln aufgebracht.

Leistungen

Die Leistungen der Grundsicherung werden in Form von Dienstleistungen, wie Information, Beratung und umfassende Unterstützung durch persönliche Ansprechpartner mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit sowie Geldleistungen und Sachleistungen erbracht.

Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

Nach § 15 soll die Agentur für Arbeit mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen die für seine Eingliederung erforderlichen Leistungen vereinbaren (Eingliederungsvereinbarung). Diese soll enthalten:

- Angaben über die Leistungen, die der Erwerbsfähige zur Eingliederung in Arbeit erhält,
- Angaben über die Bemühungen, die der erwerbsfähige Hilfebedürftige in welcher Häufigkeit zur Eingliederung in Arbeit mindestens unternehmen muss und in welcher Form er dieses nachzuweisen hat.

Weitere Leistungen zur Eingliederung sind nach § 16 Abs. 2 möglich, z. B.:

- Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder,
- häusliche Pflege von Angehörigen,
- Schuldnerberatung,
- psychosoziale Betreuung,
- Suchtberatung.

Arbeitslosengeld II

Seit 1.1.2005 werden Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitssuchende zusammengefasst. Erwerbsfähigen Arbeitslosen wird im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld anstatt der bisherigen Arbeitslosenhilfe (bis Ende 2004) das Arbeitslosengeld II gezahlt. Der Anspruch auf ALG II orientiert sich an der Bedürftigkeit des Einzelnen und ist zeitlich unbegrenzt. Er umfasst Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung.

Regelleistung

Die Regelleistung (§ 20) zur Sicherung des Lebensunterhaltes umfasst Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens, Teilnahme am kulturellen Leben. Sie ist pauschaliert und beträgt für Alleinstehende oder Alleinerziehende in den alten Bundesländern 345,- € und in den neuen zur Zeit 331,- € (eine Anpassung ist spätestens bis zum Juli 2006 vorgesehen). Zu berücksichtigendes Einkommen und Vermögen mindert die Leistungen der Agentur für Arbeit.

Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt

Diese Leistungen umfassen Bedarfe, die durch die Regelleistungen nicht abgedeckt sind. So können nach § 21 werdende Mütter, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind, nach der 12. Schwangerschaftswoche 17 % , Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, je nach Alter und Anzahl der Kinder zwischen 36 % und maximal 60 % geltend machen. Erwerbsfähige behinderte Hilfsbedürftige erhalten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX einen Mehrbedarf von 35 %.

Leistungen für Unterkunft und Heizung

Soweit angemessen, werden Leistungen für Unterkunft und Heizung (§ 22) in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht.

Sozialgeld

Sozialgeld nach § 28 erhalten nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in **Bedarfsgemeinschaft** leben, soweit sie keinen Anspruch auf Leistungen nach SGB XII haben. Die Regelleistung beträgt bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 60 % und im 15. Lebensjahr 80 % der Regelleistung nach § 20.

27.2 SGB III – Arbeitsförderung

Trotz vielfältiger Maßnahmen ist die Zahl der Arbeitlosen in Deutschland stetig gestiegen. Für die Betroffenen ist dies eine große finanzielle, aber auch psychische Belastung mit dem Gefühl, nicht gebraucht zu werden. Aufgrund der daraus resultierenden steigenden Ausgaben für den Staat, wurden in der Vergangenheit schon viele Leistungen eingeschränkt. Die zurzeit letzten Änderungen sind zum 1.1.2005 (»Hartz IV« Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt) in Kraft getreten.

Aufgaben

Ziel der Arbeitsförderung ist es, mit vorbeugenden Maßnahmen Arbeitslosigkeit zu verhindern, zu verkürzen bzw. zu beseitigen und einen hohen Beschäftigungsstand zu erreichen.

Träger

Träger der Maßnahmen zur Arbeitsförderung sind die Bundesagentur für Arbeit mit Sitz in Nürnberg, sowie die regionalen und örtlichen Agenturen für Arbeit.

Versicherte

Versicherungspflichtig Beschäftigte

Alle Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen oder sich in Berufsausbildung befinden, sind pflichtversichert.

Zu den sonstigen Versicherungspflichtigen gehören z. B.:

- Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten,
- Personen, die Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld beziehen,
- Personen, die Wehr- oder Zivildienst leisten.

Versicherungsfreie Personen

Zu diesem Personenkreis gehören Selbstständige, Beamte, Richter, Berufssoldaten, Personen über 65 Jahre, Rentner wegen Erwerbsunfähigkeit, geringfügig Beschäftigte.

Finanzierung

Der Beitrag zur Arbeitsförderung wird nach der Höhe des Bruttoarbeitsverdienstes des Versicherungspflichtigen berechnet. Es ist bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung für Arbeiter und Angestellte zu berücksichtigen. Der Beitragssatz liegt momentan bei 6,5 %. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen jeweils zur Hälfte die Kosten.

Leistungen

Von den Agenturen für Arbeit werden in Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitnehmern die folgenden Leistungen erbracht.

Dienstleistungen

Berufsberatung, Maßnahmen zur Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten, Arbeitsvermittlung, Förderung der beruflichen Bildung, Förderung der Arbeitsaufnahme, berufliche Rehabilitation, Mobilitätshilfen zur Aufnahme einer Beschäftigung, Überbrückungsgeld zur Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.

Entgeltersatzleistungen

Als Entgeltersatzleistungen kommen bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in Betracht: Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld bei Teilarbeitslosigkeit, Übergangsgeld bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Winterausfallgeld.

Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld erhält, wer arbeitslos ist, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht, sich persönlich unverzüglich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und die Anwartschaftszeit erfüllt hat (in der Rahmenfrist von 2 Jahren muss das Versicherungsverhältnis mindestens 12 Monate bestanden haben). Die Höhe des Arbeitslosengeldes beträgt 60 % bzw. 67 % bei Arbeitslosen mit mindestens einem Kind des früheren Nettoverdienstes. Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld ist abhängig von der Beschäftigungsdauer in den letzten 3 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und vom Alter. Bei mindestens 12 Monaten Dauer der Versicherungspflicht wird das Arbeitslosengeld für 6 Monate gezahlt. Bei längerer versicherungspflichtiger Beschäftigungsdauer kann es bis max. 12 Monate gezahlt werden. Für ältere Arbeitslose (ab 55 Jahre) beträgt die Höchstdauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld 18 Monate, wenn 36 Monate eines Versicherungspflichtverhältnisses nachgewiesen werden.

27.3 SGB V – Krankenversicherung

Aufgaben

Aufgabe der Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen bzw. den Gesundheitszustand der Versicherten zu bessern.

Träger

Träger sind die Krankenkassen: Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Seekrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Ersatzkassen.

Versicherungspflicht

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die meisten Bürger Deutschlands gemäß § 5 SGB V pflichtversichert. Zu den versicherungspflichtigen Personen gehören alle Arbeiter und Angestellten, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt werden und die **Pflichtversicherungsgrenze** von derzeit 47 250,- € (Jahresarbeitsentgeltgrenze 2006) oder 3937,50 € monatlich nicht überschreiten. Zum weiteren Personenkreis gehören Auszubildende, Studenten, Praktikanten, Bezieher von Arbeitslosengeld, Rentner, Rehabilitanden in berufsfördernden Werken, Behin-

derte in anerkannten Behindertenwerkstätten und Scheinselbstständige.

Versicherungsfreiheit besteht u. a. für Personen, deren Einkommen über der Bemessungsgrenze liegt oder aber geringfügig (400,- € im Monat) beschäftigt sind. Im Rahmen der Familienversicherung können der Ehegatte oder Lebenspartner, soweit sie nicht über eigenes Einkommen verfügen oder anderweitig versichert sind, beim Versicherten mitversichert sein. Dies trifft auch für die Kinder des Versicherten zu. Mitversichert sind Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. bis zum 25. Lebensjahr, wenn sie sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden und nicht selber Mitglied einer Krankenversicherung geworden sind. Altersmäßig unbeschränkt sind Personen familienversichert, so sie aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage sind, sich selber zu unterhalten.

Finanzierung

Die Finanzierung basiert auf Beiträgen, welche die Ausgaben eines Haushaltsjahres decken, ein jährlicher Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungen gleicht Unterschiede in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der Familienversicherten und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen aus.

Die *Beitragshöhe* richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und nach dem Beitragssatz. Angewendet auf die Einnahmen ergibt er den prozentualen Beitrag zur Krankenversicherung.

Beitragspflichtige Einnahmen sind das Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, die Rente aus der Rentenversicherung sowie vergleichbare Versorgungsbezüge.

Es gibt folgende *Beitragssätze:*

- den *allgemeinen* Beitragssatz,
- den *erhöhten* Beitragssatz, bei dem kein Anspruch auf Lohn-/Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall besteht, sondern eine sofortige Krankengeldzahlung in Betracht kommt,
- den *ermäßigten* Beitragssatz, der den Anspruch auf Krankengeld ausschließt,
- ab 1.1.2006 den *zusätzlichen* Beitragssatz von 0,5 %, der von den Mitgliedern allein zu tragen ist.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen den allgemeinen Beitrag je zur Hälfte (der Arbeitnehmeranteil wird vom Gehalt/Lohn sofort abgezogen), der zusätzliche Beitragssatz wird allein vom Arbeitnehmer getragen. Bei versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigungen mit einem Verdienst bis zu monatlich 400,- € (sog. Mini-Jobs) muss der Arbeitgeber allein einen Beitrag in Höhe von 11 % des Arbeitsentgelts für die Krankenversicherung zahlen.

Leistungen

Die Leistungen der Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Leistung zur Verhütung von Krankheiten

Um den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und die Gesundheitschancen zu erhöhen, sollen die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen. Dazu gehören die Förderung von Selbsthilfegruppen, Verhütung von Zahnerkrankungen, allgemeine medizinische Vorsorgeleistungen, soweit diese notwendig sind; dazu zählen:

- Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten, um deren Verschlimmerung zu vermeiden, Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie der Anspruch auf ärztliche Beratung zur Empfängnisregelung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation.
- Vorsorgeleistungen sind hauptsächlich die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Leistungen zur Früherkennung

Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen einmal jährlich haben Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr.

Alle 2 Jahre haben alle Versicherten ab 35 Jahre Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie auf Diabetes. Bis zum 6. Lebensjahr haben Kinder Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung gefährden.

Leistungen bei Krankheit

Die Leistungen bei Krankheit beinhalten einerseits die Krankenbehandlung, andererseits die Zahlung von Krankengeld.

Krankenbehandlung

Anspruch auf Krankenbehandlung besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern; dazu gehören:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häusliche Krankenpflege und Versorgung mit Haushaltshilfe,
- Soziotherapie,
- Krankenhausbehandlung,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit erhalten Versicherte Krankengeld in Höhe von 70 % von dem zuletzt erzielten regelmäßigen Arbeitsentgeltes ohne zeitliche Begrenzung (Regelentgelt). In den ersten 6 Wochen der Krankheit wird nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz vom Arbeitgeber Lohnfortzahlung in Höhe von 100 % erbracht.

27.4 SGB IX – Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Das Gesetz ist am 1.6.2001 in Kraft getreten (geändert 2004) und hat zum Ziel, die Rahmenbedingungen zur Sicherung der selbst bestimmten Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und deren Umsetzung zu schaffen.

Aufgaben

- Förderung der Ausbildung behinderter und schwer behinderter Jugendlicher,
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Beschäftigung schwer behinderter Menschen, insbesondere in kleinen und mittleren Betrieben,
- Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Träger

Gesetzliche Krankenkassen, Bundesanstalt für Arbeit, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Träger der Kriegsopferversorgung, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe.

Anspruchsberechtigte

Leistungen nach diesem Buche erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Insbesondere wird dabei besonderen Bedürfnissen behinderter und der von Behinderung bedrohte Frauen und Kinder Rechnung getragen. Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelisch Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher Ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist; sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Behinderung zu erwarten ist.

Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt über die jeweiligen Träger der Rehabilitationsleistungen.

Leistungen

Die Leistungen zur Teilhabe gemäß § 4 umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug einer Sozialleistung zu vermeiden, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen u. a.: Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln.

Arznei- und Verbandsmittel, Heil-, und Hilfsmitteln, einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung und Förderung der Selbsthilfe.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Um behinderte Menschen wieder in das Arbeitsleben integrieren zu können, können sowohl vom Betroffenen als auch von Arbeitgebern Leistungen geltend gemacht werden. Dazu gehören insbesondere: Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen, Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung, berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen, Überbrückungsgeld, Kraftfahrzeughilfe, die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz u. a.

Leistungen an Arbeitgeber

Damit Arbeitgebern die Einstellung von Schwerbehinderten erleichtert wird, können die Rehabilitationsträger auch Leistungen an Arbeitgeber erbringen, insbesondere: Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, der teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung. Die Leistungen können unter Bedingungen und Auflagen erbracht werden.

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Die Leistungen werden durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, soweit Art und Schwere der Behinderung oder Sicherung des Erfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtung erforderlich machen.

Dauer von Leistungen

Die Leistungen werden für die Zeiten erbracht, die vorgeschrieben oder allgemein üblich sind, um das angestrebte Teilhabeziel zu erreichen; unter Umständen kann eine längere Förderung erfolgen. Bei ganztägigem Unterricht sollen die Leistungen zur beruflichen Weiterbildung 2 Jahre nicht übersteigen.

Leistungen in Werkstätten für Behinderte

In anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen werden Leistungen erbracht, um die Leistung oder Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Leistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden ergänzt durch:

- Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,
- Beträge und Zuschüsse zur Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Beiträge für die Bundesagentur für Arbeit, zur Pflegeversicherung,
- Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Kontrolle und Überwachung,
- ärztlich verordnetes Funktionstraining unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
- Reisekosten,
- Betriebs oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

Leistungen zum Lebensunterhalt

Im Zusammenhang mit Leistung zur medizinischen Rehabilitation zahlen:

- die gesetzlichen Krankenkassen Krankengeld,
- die Träger der Unfallversicherung Verletztengeld,

- die Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld,
- die Träger der Kriegsopferversorgung Versorgungskrankengeld.

Übergangsgeld im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zahlen:

- die Träger der Unfallversicherung,
- die Träger der Rentenversicherung,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der Kriegsopferversorgung.

Höhe und Berechnung des Übergangsgelds

Das Übergangsgeld beträgt in der Regel 68 % des Regelentgeltes (80 % des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgeltes, maximal jedoch das letzte Nettoentgelt). Es erhöht sich auf 75 %, wenn der Leistungsempfänger mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes hat oder deren Ehegatten, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft leben, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, weil sie die Leistungsempfänger pflegen oder selbst pflegebedürftig sind und keinen Anspruch auf Leistung aus der Pflegeversicherung haben.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind insbesondere:

- Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben,
- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Trainingsmaßnahmen,
- Mobilitätshilfen.

27.5 SGB XII – Sozialhilfe

Seit der Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe zum Arbeitslosengeld II am 1.1.2005, hat sich die Zahl der anspruchsberechtigten Sozialhilfeempfänger erheblich reduziert. Sozialhilfe erhalten nur noch diejenigen, die dauerhaft oder vorübergehend keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können und hilfebedürftig sind. Personen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen können, aber zurzeit arbeitslos sind und keine Ansprüche nach dem SGB III haben, unterliegen dem SGB II.

Ziel und Aufgabe

Wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder in besonderen Lebenslagen sich selbst zu helfen, und auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält, hat ein Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe, die seinem besonderen Bedarf entspricht, ihn zur Selbsthilfe befähigt, die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht und die Führung eines menschenwürdigen Lebens sichert. Hierbei müssen Leistungsberechtigte nach ihren Kräften mitwirken.

Subsidiarität der Sozialhilfe

Sozialhilfe soll nur gewährt werden, wenn der Antragsteller sich nicht selbst helfen und die Hilfe auch nicht von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten kann (sog. Subsidiarität oder Nachrangigkeit der Sozialhilfe).

Träger

Sozialhilfe wird von örtlichen und überörtlichen Trägern gewährt. Örtliche Träger sind die die kreisfreien Städte und Landkreise, überörtliche Träger werden vom Land bestimmt.

Leistungsberechtigte

Gemäß § 19 haben Personen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können, Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird Personen gewährt, die das 65. Lebensjahr oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen können. Dabei ist das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners die dessen notwendigen Lebensunterhalt übersteigen, zu berücksichtigen. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gehen der Hilfe zum Lebensunterhalt vor.

Finanzierung

Die Finanzierung der SGB XII erfolgt über die Kommunen.

Leistungen

Nach § 8 SGB XII umfasst die Sozialhilfe folgende Leistungen:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46),
- Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52),
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60),
- Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66),
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69),
- Hilfen in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74),
- Beratung und Unterstützung.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Zum notwendigen Lebensunterhalt zählen insbesondere Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Dazu gehört auch, in vertretbarem Umfang Beziehungen zur Umwelt aufnehmen zu können und eine Teilnahme am kulturellen Leben. Bei Kindern und Jugendlichen umfasst der notwendige Lebensunterhalt auch den besonderen, insbesondere den durch ihre Entwicklung und ihr Heranwachsen bedingten Bedarf.

Außerhalb von Einrichtungen wird der gesamte Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts mit Ausnahme von Leistungen für Unterkunft und Heizung und der Sonderbedarfe nach den §§ 30 bis 34 nach Regelsätzen erbracht. Diese werden jeweils zum 1. Juli eines jeden Jahres durch Rechtsverordnung der Landesregierungen festgesetzt. Leistungen für Unterkunft und Heizung werden nach § 29 in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit sie angemessen sind.

Mehrbedarf

Einen Mehrbedarf nach § 30 können Personen geltend machen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder unter 65 Jahre alt und voll erwerbsgemindert sind und einen Ausweis nach § 69 Absatz 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G besitzen. Ihnen wird einen Mehrbedarf von 17 % des maßgebenden Regelsatzes anerkannt, soweit nicht im Einzelfall ein abweichender Bedarf besteht.

Dasselbe gilt für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche.

Einmalige Bedarfe

Einmalige Bedarfe können nach § 31 geltend gemacht werden für:

- Erstausstattung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
- Erstausstattung für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt,
- mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen.

Weitere Leistungen: für Weiterversicherte können Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden, ebenso Beiträge für Vorsorge, und Hilfen zum Lebensunterhalt in Sonderfällen.

Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen

In Einrichtungen umfasst der notwendige Lebensunterhalt gem. § 35 den darin erbrachten sowie in stationären Einrichtungen zusätzlichen weiteren notwendigen Lebensunterhalt. Dazu gehören insbesondere Kleidung und ein angemessener Barbetrag

zur persönlichen Verfügung. Leistungsberechtigte über 18 Jahren erhalten einen Barbetrag in Höhe von 26 % des Eckregelsatzes (26 % von 345,- € = 89,70 €).

Einschränkung der Leistung

Leistungen können nach § 39 in einer ersten Stufe bis zu 25 %, in weiteren Stufen jeweils bis zu 25 % gemindert werden, wenn Leistungsberechtigte entgegen ihrer Verpflichtung die Aufnahme einer Tätigkeit oder die Teilnahme an einer erforderlichen Vorbereitung ablehnen.

Hilfe zur Grundsicherung

Hilfen zur Grundsicherung nach § 41 erhalten Leistungsberechtigte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert sind und bei denen unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Der Umfang der Leistung nach § 42 umfasst den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz und die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, Mehrbedarfe, Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Voraussetzung für Hilfe zum Lebensunterhalt ist die Bedürftigkeit des Leistungsberechtigten.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind dafür das eigene Einkommen und Vermögen maßgebend. Bei nicht getrennt lebenden Ehegatten richtet sich die Bedürftigkeit nach dem Einkommen und Vermögen beider Ehegatten, § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, die somit eine Bedarfsgemeinschaft bilden. Auch die eheähnliche Gemeinschaft wird in die Bedarfsgemeinschaft einbezogen, § 20 SGB XII. Im Fall einer Bedarfsgemeinschaft wird Bedarfsdeckung vermutet, dabei bleiben Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten unberücksichtigt, sofern deren jährliches Gesamteinkommen unter einem Betrag von 100 000 € liegt.

Viele Leistungen im Sozialrecht sind verändert bzw. verlagert worden. Es empfiehlt sich, die jeweiligen, umfassenden Broschüren bei den Sozialversicherungsträgern anzufordern oder sich dort beraten zu lassen damit berechtigte Ansprüche geltend gemacht werden können.

27.6 Rechtliche Aspekte in der psychiatrischen Arbeit

§ 223 StGB – Körperverletzung

(1) Wer eine andere Person **körperlich misshandelt** oder an der **Gesundheit schädigt,** wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Der Versuch ist strafbar.

Jeder ärztliche Heileingriff, aber auch jede pflegerische Maßnahme gegen den Willen des Patienten ist als Körperverletzungsdelikt zu werten, auch wenn mit der Maßnahme beste Absichten verfolgt werden. Nach herrschender Rechtsprechung zählen hierzu nicht nur operative Eingriffe und sonstige invasive Behandlungen, sondern auch Körperpflegemaßnahmen und die Vergabe von Medikamenten gegen den Willen des Patienten. Es liegt jedoch keine strafbare Körperverletzung vor, wenn der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter in diesen Eingriff wirksam eingewilligt hat.

Einwilligung

Eine wirksame Einwilligung liegt vor, wenn der Patient zuvor über die beabsichtigte Maßnahme informiert wurde bzw. bei operativen Eingriffen ordnungsgemäß von dem behandelnden Arzt aufgeklärt wurde und er sich mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden erklärt hat. Die Einwilligung ist nur dann rechtswirksam, wenn die Tat gem. § 228 StGB nicht sittenwidrig ist. Zudem muss der Betroffene einwilligungsfähig sein. Das bedeutet, dass der Einwilligende die Bedeutung und die Tragweite des Eingriffs erkennen kann.

Bei volljährigen Patienten wird von der **Einwilligungsfähigkeit** regelmäßig auszugehen sein, es sei denn, dass aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen, demenziellen Veränderungen, unter Drogeneinfluss oder im Zustand der Bewusstlosigkeit keine Einwilligung erteilt werden kann.

Bei Bewusstlosen wird der mutmaßliche Wille des Patienten angenommen, der einen nicht aufschiebbaren Eingriff zulässt. Können Personen über längere Zeit ihre Einwilligung nicht erteilen, muss für sie ein gesetzlicher Vertreter (Betreuer) vom Vormundschaftsgericht bestellt werden, der die Belange des nicht Einwilligungsfähigen regelt.

Eine zuvor erteilte Einwilligung kann jederzeit vom Patienten widerrufen werden. Auch ein psychisch Kranker kann bei gegebener Einwilligungsfähigkeit, Maßnahmen, wie z. B. die Einnahme von Medikamenten, ablehnen

§ 239 StGB – Freiheitsberaubung

(1) Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Der Versuch ist strafbar. (3) Auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter 1 das Opfer länger als eine Woche der Freiheit beraubt oder 2. durch die Tat oder eine während der Tat begangene Handlung eine schwere Gesundheitsschädigung des Opfers verursacht.

Freiheitsentziehung

Die Freiheit eines Menschen ist ein verfassungsrechtlich geschütztes Rechtsgut, in diese Rechte darf nur in besonderen Fällen eingegriffen werden. So können diese Rechte unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit der Mittel unter Umständen entzogen bzw. eingeschränkt werden. Das Nähere regeln Gesetze, wie z. B. die Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer.

Eine freiheitsentziehende Maßnahme liegt vor, wenn ein Mensch seinen Willen, sich frei zu bewegen, für längere Zeit oder regelmäßig nicht verwirklichen kann. Dies kann geschehen durch das Anbringen von Bettgittern, Bettseitenteilen, Einschließen oder auch Fixieren von Patienten. Auch wenn der Betroffene nicht freiheitsfähig sein sollte, so wäre dennoch eine Freiheitsentziehung anzunehmen, wenn der Betroffene daran gehindert werden würde, seinem natürlichen Fortbewegungsdrang zu folgen. Deshalb muss nach Ablauf einer Frist gemäß Artikel 104 GG »bis zum Ablauf des folgenden Tages«, ein Richter über den weiteren Verlauf der Freiheitsentziehung entscheiden oder die Maßnahme ist sofort zu beenden.

27.7 Unterbringungsrecht

Bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern ist es manchmal nicht zu umgehen, dass die betroffenen Personen ohne oder auch gegen ihren Willen in eine geschlossene Einrichtung eingewiesen werden müssen. Dies soll jedoch nur in den Fällen geschehen, bei denen es nicht anders möglich ist. Grundsätzlich gilt, dass die freiwillige Behandlung einer **Unterbringung** immer vorzuziehen ist. Um in die Freiheit eines Menschen eingreifen zu können, bedarf es einer gesetzlichen Rechtfertigung. In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken ermöglicht, weil sie sich selbst oder andere in erheblichem Maße gefährden oder eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen.

Unterbringung nach Unterbringungsgesetz oder PsychKG

Die zwangsweise Unterbringung eines Menschen ist in den Unterbringungsgesetzen bzw. in den Gesetzen für psychisch Kranke geregelt. Diese Gesetze sehen Maßnahmen vor, Menschen ohne oder auch gegen ihren Willen zu schützen und zu behandeln. Dazu zählen:

- vorsorgende Hilfe zur Vermeidung einer Unterbringung und rechtzeitige ärztliche Behandlung einer Störung oder beginnenden Krankheit,
- nachsorgende Hilfe nach Abschluss stationärer Behandlung in Gestalt individueller Beratung und Betreuung, Auflagen und Weisungen des Gesundheitsamtes,
- zwangsweise Unterbringung in eine geschlossene Einrichtung.

Voraussetzungen für eine zwangsweise Unterbringung

Ein Mensch darf nur dann zwangsweise untergebracht werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: Vorliegen einer psychischen Krankheit, die im Gesetz aufgezählt ist (z. B. Psychose, Suchtkrankheit); von dieser Krankheit muss eine erhebliche Gefahr für Leben oder Gesundheit für den Kranken selbst bestehen oder eine nicht unerhebliche Gefahr für andere ausgehen und darf nicht anders als durch eine zwangsweise Unterbringung abgewendet werden können.

Das Verfahren zur Unterbringung

Zuständigkeit

In allen Bundesländern ist das Vormundschaftsgericht für die zwangsweise Unterbringung zuständig. Den Antrag auf Unterbringung kann in der Regel nur eine bestimmte Behörde (z. B. Polizei oder Ordnungsamt) stellen, die auf Hinweis von Ärzten, Heim oder Angehörigen tätig wird. Dem Antrag soll in der Regel ein ärztliches Zeugnis beigefügt werden.

Sachverständigengutachten

Das Gericht darf die Unterbringung nur anordnen, wenn zuvor ein Sachverständigengutachten durch einen Arzt für Psychiatrie eingeholt wurde, aus dem die Erforderlichkeit der geschlossenen Unterbringung hervorgehen muss.

Anhörung

Das Gericht hat sich einen persönlichen Eindruck von der Person, deren Unterbringung beantragt ist, zu verschaffen und sie grundsätzlich vor einer richterlichen Entscheidung anzuhören. Die Anhörung wird in aller Regel am Aufenthaltsort des Betroffenen durchzuführen sein.

Bei der Anhörung kann der Betroffene eine Person seines Vertrauens hinzuziehen. Die Anhörung kann unterbleiben, wenn eine Verständigung mit dem Betroffenen wegen seines Geisteszustandes nicht möglich oder wenn sie nach ärztlicher Begutachtung nicht ohne erhebliche Nachteile für den Gesundheitszustand des Betroffenen ist.

Bestellung eines Verfahrenspflegers

Soweit für Interessenwahrung erforderlich, ist ein Verfahrenspfleger zu bestellen.

Ort und Dauer der Unterbringung

Das Gericht kann je nach Bundesland für 1 bis maximal 2 Jahre die Unterbringung anordnen. Spätestens bis zum Ablauf dieser Fristen ist über die Fortdauer der Unterbringung zu entscheiden. Wird eine richterliche Anordnung der weiteren Fortdauer nicht getroffen, ist der Untergebrachte zu entlassen. Als Ort der Unterbringung kommen psychiatrische Krankenhäuser oder Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Abteilung, teilweise auch Heime in Betracht.

Beschwerde

Gegen die Entscheidung des Gerichts ist die sofortige Beschwerde innerhalb von 14 Tagen möglich.

Vorläufige/einstweilige Unterbringung

Nach allen Landesgesetzen kann ein Arzt die Notwendigkeit einer sofortigen Unterbringung darlegen. Eine nach Landesrecht zuständige Behörde ordnet dann die sofortige geschlossene Unterbringung an. Voraussetzung ist vielfach, dass ein ärztlicher Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist. Ein richterlicher Beschluss ist unverzüglich nachzuholen. Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass die Voraussetzungen für die Unterbringung vorliegen, so kann das Gericht die einstweilige Unterbringung bis zu einer Dauer von 6 Wochen (max. verlängerbar bis 3 Monate) anordnen, wenn bestimmte, in den Landesgesetzen näher geregelte Voraussetzungen vorliegen. Dies wird dann der Fall sein, wenn ein ärztliches Gutachten noch nicht erstellt ist, die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung aber schon besteht. Gegen diese Entscheidung ist die Beschwerde möglich. Nach Ablauf der vom Gericht bestimmten Frist ist der Betroffene zu entlassen, sofern nicht bis dahin eine wirksame Anordnung über die endgültige Unterbringung vorliegt.

Beendigung der Unterbringung

Die Unterbringung endet mit Ablauf der Frist des richterlichen Beschlusses oder durch Beschluss des Gerichts, wenn die Unterbringung nicht mehr erforderlich ist. Der Betroffene kann jederzeit eine Aufhebung beantragen.

Rechte des Betroffenen

Durch die Psychisch-Krankengesetze werden die Grundrechte des Betroffenen eingeschränkt und zwar gemäß Art. 2 II GG das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person, Art. 10 GG das Recht auf Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses, Art. 13 GG das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung.

Die Unterbringung soll so gestaltet sein, dass unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte, diese den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit wie möglich angeglichen wird. Dazu gehört auch der regelmäßige Aufenthalt im Freien, das Recht persönliche Kleidung zu tragen, persönliche

Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren, Religionsausübung, Besuche zu empfangen sowie das Recht auf Schriftwechsel und Telefongespräche. Untergebrachte haben Anspruch auf die notwendigen Behandlungen; diese bedürfen der Einwilligung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters. Diese Rechte können jedoch eingeschränkt werden, wenn die Gesundheit des Patienten oder die Sicherheit der Einrichtung erheblich gefährdet sind. Unter bestimmten Voraussetzungen sind besondere Sicherungsmaßnahmen zulässig, wenn die erhebliche Gefahr besteht, dass der Untergebrachte sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt oder gewalttätig wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen wird und dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann. Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

- Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
- Wegnahme von Gegenständen,
- Absonderung in einem besonderen Raum,
- Fixierung.

Jede besondere Sicherungsmaßnahme ist befristet anzuordnen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Sowohl die Anordnung als auch die Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Vor jeder Anordnung sind der Rechtsanwalt des Patienten und/oder sein gesetzlicher Vertreter unverzüglich zu benachrichtigen.

Die Freiheit eines Menschen ist ein verfassungsrechtlich geschütztes Rechtsgut, in diese Rechte darf nur in besonderen Fällen eingegriffen werden. Der Eingriff in die Freiheit eines Menschen bedarf daher besonders sorgfältiger Abwägung unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften.

27.8 Betreuungsrecht

Betreuungsgesetz

Das Betreuungsgesetz löste 1992 das nicht mehr zeitgemäße Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht über Volljährige ab. Durch die Reform des Vormundschaftsrechts wurden die Rechte der Betroffenen gestärkt.

So behalten die Betroffenen grundsätzlich ihre Geschäftsfähigkeit und können bis auf die Fälle, in denen ein Einwilligungsvorbehalt für bestimmte Aufgabenkreise vom Gericht angeordnet wurde, rechtswirksam in Heilbehandlungen einwilligen oder diese ablehnen sowie Verträge schließen und andere Rechtsgeschäfte tätigen. Die Betroffenen können in allen die Betreuung betreffenden Verfahren selbst Anträge stellen, unbeachtlich, ob sie geschäftsfähig sind oder nicht. Sie haben das Recht, eine Ehe einzugehen und Testamente zu errichten, sie behalten das Wahlrecht, das nur dann entzogen werden kann, wenn eine Betreuung für alle Aufgabenbereiche angeordnet wurde.

Der Betreuer ist verpflichtet, den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, wenn es dem Wohl des Betreuten entspricht und dem Betreuer zuzumuten ist.

Einrichten einer Betreuung

Eine Betreuung muss in den Fällen für den Betroffenen eingerichtet werden, wenn er allein nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten ordnungsgemäß zu besorgen und wenn keine anderen Hilfen vorhanden oder diese unzureichend sind.

§ 1896 BGB – Voraussetzungen

Das Einrichten einer gesetzlichen Betreuung soll nur dann erfolgen, wenn es eine andere Möglichkeit der rechtlichen Vertretung (Bevollmächtigung) des Betroffenen nicht gibt. Unter folgenden Voraussetzungen kann ein Betreuer vom Vormundschaftsgericht bestellt werden:

- Vorliegen einer psychischen Krankheit, körperliche, geistige oder seelische Behinderung; infolge der Erkrankung oder Behinderung ist die Fähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise beeinträchtigt.
- Die Bestellung des Betreuers ist erforderlich, da die Angelegenheiten nicht anderweitig durch Bevollmächtigte oder soziale Hilfen ebenso erfüllt werden könnten.

Das Fehlen von Fähigkeiten, bestimmte Aufgaben selbst zu besorgen oder eine vorliegende psychische Erkrankung rechtfertigen für sich allein noch keine Betreuerbestellung.

Verfahren zur Bestellung eines Betreuers

Den Antrag auf Betreuung kann die betroffene Person beim Vormundschaftsgericht des örtlichen Amtsgerichtes stellen. Zuständig ist das Vormundschaftsgericht, in dessen Bezirk der Betroffene zurzeit seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat (§ 65 Abs. 1 FGG). Dabei kann vom Betroffenen auf die Erstellung eines ärztlichen Gutachtens verzichtet werden und stattdessen ein eigenes ärztliches Attest vorgelegt werden, das die Notwendigkeit zum Einrichten einer Betreuung bestätigt.

Die Einrichtung einer Betreuung kann auch von anderen Personen, wie Angehörige oder Pflegekräfte, beim zuständigen Vormundschaftsgericht angeregt werden. Bei körperlicher Behinderung kann die Bestellung des Betreuers nur auf Antrag des Betroffenen erfolgen, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann (§ 1896 Abs. 1 Satz 3 BGB).

Anhörung

Das Gericht hat sich vor der Bestellung eines Betreuers einen eigenen Eindruck in der gewöhnlichen Umgebung des Betroffenen zu verschaffen und ihn persönlich anzuhören (§ 68 FGG). Die persönliche Anhörung kann unterbleiben, wenn nach ärztlichem Gutachten erhebliche Nachteile für den Betroffenen zu erwarten sind oder er nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Den nächsten Angehörigen, wie Ehegatten, eingetragene Lebenspartnern, Eltern, Kindern, soll Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, vorausgesetzt, dass sie Kontakt mit dem Betroffenen haben und dieser nicht widerspricht. Weiterhin kann der Betroffene in der Anhörung die Anwesenheit einer Vertrauensperson verlangen.

Beschwerde

Gegen die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes ist die Beschwerde innerhalb von 14 Tagen zulässig.

Betreuer

Als Betreuer kommen unterschiedliche Personen in Betracht.

Natürliche Personen

Nach § 1897 Abs. 1 BGB bestellt das Vormundschaftsgericht nur Personen zum Betreuer, die geeignet sind, in dem vom Gericht bestimmten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten zu besorgen.

Vereinsbetreuer

Dies sind Mitarbeiter eines anerkannten Betreuungsvereins. Obwohl grundsätzlich nur natürliche Personen zu Betreuern bestimmt werden sollen, kann ausnahmsweise wegen fachlich besserer Betreuungsmöglichkeiten auch ein Betreuungsverein selbst zum Betreuer bestellt werden.

Behördenbetreuer

Behördenbetreuer hingegen müssen konkrete Einzelpersonen der Behörde sein.

Umfang der Betreuerbestellung und mögliche Aufgabenkreise des Betreuers

Der Wirkungskreis des Betreuers richtet sich vornehmlich danach, in welchem Umfang der Betreute der Betreuung bedarf. Dies sollte den Bedürfnissen des Betroffenen entsprechen und möglichst konkret festgelegt werden. Als mögliche Aufgabenkreise kommen die in ◘ Tabelle 27.1 dargestellten Bereiche in Betracht.

Verhältnismäßigkeitsgrundsatz

Bei der Errichtung der Betreuung ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beachten. Die Betreuung dem Grunde nach und auch dem Umfang nach darf nur erfolgen, soweit sie erforderlich ist (§ 1896 Abs. 2 Satz 1 BGB). Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Betroffenen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können. Damit soll verhindert werden, dass ausreichend versorgte Menschen mit dem gerichtlichen Betreuungsverfahren belastet werden. Der Betreute bleibt, anders als im früheren Vormundschaftsrecht, grundsätzlich geschäftsfähig und kann trotz Betreuung in Behandlungen einwilligen oder auch diese ablehnen, es sei denn, er ist einwilligungsfähig.

Einwilligungsvorbehalt

In besonderen Fällen ordnet das Vormundschaftsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers be-

Tabelle 27.1. Betreuungsbereiche

Gesundheitsfürsorge	Aufenthaltbestimmung	Vermögen	Postkontrolle	Sterilisation
§ 1904 BGB Medizinische Maßnahmen	§ 1906 BGB Unterbringung mit Freiheitsentziehung	Regelung aller finanziellen Angelegenheiten, Geltendmachung von Geldansprüchen aller Art, Verwaltung von Immobilien, Vertretung gegenüber Sozialleistungsträgern und anderen Behörden	§ 1896 Abs. 4 BGB Entgegennahme, Öffnen und Bearbeitung der Post ist neben allen anderen Aufgabenkreisen gesondert zu beschließen	§ 1905 BGB für die Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation des Betreuten gelten besondere Voraussetzungen
Heilbehandlung, ärztliche Eingriffe, Untersuchungen, Entscheidung über die Verabreichung von Medikamenten	§ 1908 BGB Aufgabe der Wohnung und Auflösung des Haushalts, Unterbringung in einem Heim und Abschluss eines Heimvertrages	§ 1896 Abs. 3 BGB Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten		

trifft, dessen Einwilligung bedarf (Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 Abs. 1 BGB), wenn dies zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist.

Dieser kann sich jedoch nicht darauf erstrecken, ein auf Eingehung einer Ehe oder Lebenspartnerschaft, auf Verfügungen von Todes wegen und auf Willenserklärungen, zu denen ein beschränkt Geschäftsfähiger nicht der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters bedarf (Taschengeld zur freien Verfügung), ebenso wenn die Willenserklärung dem Betreuten ausschließlich rechtlichen Vorteil bringt (Geschenke, aber kein Haustier oder Immobilien).

Pflichten des Betreuers

Die Betreuung umfasst alle Tätigkeiten, die notwendig sind, um die Angelegenheiten des Betreuten rechtlich zu besorgen. Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betroffenen so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht (§ 1901 BGB). Dabei sind die bisherigen Lebensgewohnheiten sowie die Wert- und Normvorstellungen des Betreuten zu berücksichtigen. Der Betreuer hat den Wünschen des Betreuten nachzukommen, wenn es dessen wohl nicht zuwiderläuft und dies dem Betreuer zumutbar ist.

Betreuungsverfügung

Nach § 1901a BGB kann jeder in einem Schriftstück für den Fall einer Betreuung vorsorglich festlegen, wer Betreuer für ihn werden soll und was bei der Wahrnehmung der Betreuung zu beachten ist. Schlägt der Betroffene vor, eine bestimmte Person nicht zu bestellen, so soll auch hierauf Rücksicht genommen werden (§ 1897 Abs. 4 Satz 2 BGB).

Aufhebung oder Änderung der Betreuung

Die Betreuung ist aufzuheben bzw. zu ändern, wenn die Voraussetzungen weggefallen sind. Falls dies erforderlich wird, ist der Aufgabenkreis des Betreuers zu erweitern. Entsprechendes gilt auch für den Einwilligungsvorbehalt.

Entlassung des Betreuers

Kommt der Betreuer seinen Aufgaben nicht ausreichend nach, so hat das Vormundschaftsgericht ihn zu entlassen und einen neuen Betreuer zu bestellen. Der Betreuer seinerseits kann bei Vorliegen von wichtigen Gründen gemäß § 1908d BGB seine Entlassung verlangen.

Eine Betreuung soll nur dann eingerichtet werden, wenn es keine andere Möglichkeit der rechtlichen Vertretung für den Betroffenen gibt.

27.9 Berufsbildung und Berufsförderung

Mit in Kraft treten des neuen Berufsbildungsgesetzes BBiG am 1.4.2005 wurden das Berufsbildungsgesetz von 1969 und das Berufsbildungsförderungsgesetz von 1981 umfassend novelliert und zusammengeführt. Durch die Reform soll es jungen Menschen beim Einstieg in die Berufswelt die volle berufliche Handlungsfähigkeit in einem breit angelegten Tätigkeitsbereich für qualifizierte Fachkräfte vermitteln und sie befähigen, den sich stetig wandelnden Anforderungen der Arbeitswelt gerecht zu werden und damit den Grundstein für ein selbstbestimmtes Leben zu legen. Das Berufsbildungsgesetz regelt insbesondere die Berufsausbildungsvorbereitung, die Berufsausbildung, die berufliche Fortbildung sowie die berufliche Umschulung. Berufsausbildungsvorbereitung hat das Ziel, durch die Vermittlung von Grundlagen für den Erwerb berufliche Handlungsfähigkeit an eine Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf heranzuführen. Die Berufsausbildung vermittelt die notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit), die notwendig sind, eine qualifizierte berufliche Tätigkeit auszuüben. Um in einer sich stets wandelnden Arbeitswelt bestehen zu können, bedarf es der beruflichen Fortbildung, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erhalten, anzupassen, zu erweitern und beruflich aufzusteigen. Eine berufliche Umschulung soll zu einer andern beruflichen Tätigkeit befähigen.

Nach § 5 hat die Ausbildungsordnung Folgendes festzulegen: die Bezeichnung des Ausbildungsberufes, die Ausbildungsdauer, die nicht mehr als 3 und nicht weniger als 2 Jahre betragen soll, die beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (Ausbildungsberufsbild), Ausbildungsrahmenlehrplan und die Prüfungsanforderungen.

Das Gesetz sieht die Erprobung neuer Ausbildungsberufe, Ausbildungs- und Prüfungsformen, Möglichkeiten von Auslandsaufenthalten, sowie die Regelung zur Anrechnung beruflicher Vorbildung auf die Ausbildungszeit und Abkürzung beziehungsweise Verlängerung der Ausbildungszeit vor. Schwerbehinderten Auszubildenden ist gem. §§ 48, 49 besonders Rechnung zu tragen.

Bei Begründung des Ausbildungsverhältnisses müssen Personen, die Auszubildende einstellen (Ausbildende), mit diesem einen Berufsausbildungsvertrag schließen. Dabei gelten die für den Arbeitsvertrag geltenden Rechtsvorschriften. Ausbildende haben unverzüglich nach Abschluss des Berufsausbildungsvertrages, spätestens vor Beginn der Berufsausbildung, den wesentlichen Inhalt des Vertrages schriftlich niederzulegen. Darin sind mindestens aufzunehmen:

- Art, sachliche und zeitliche Gliederung sowie des Ziel der Berufsausbildung,
- Beginn und Dauer der Berufsausbildung,
- Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte,
- Dauer der regelmäßigen täglichen Ausbildungszeit,
- Dauer der Probezeit,
- Zahlung und Höhe der Vergütung,
- Dauer des Urlaubs,
- Voraussetzungen, unter denen der Berufsausbildungsvertrag gekündigt werden kann,
- ein in allgemeiner Form gehaltene Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf das Berufsausbildungsverhältnis anzuwenden sind.

Das Gesetz regelt ferner die Pflichten des Auszubildenden während der Berufsausbildung, Eignung von Ausbildungsstätten und Ausbildungspersonal sowie Prüfungswesen.

Durch die Änderung des BBiG ist die Möglichkeit gegeben zur Erprobung neuer Ausbildungsberufe, sowie Ausbildungs- und Prüfungsformen und die Möglichkeit von Auslandsaufenthalten. Schwerbehinderten Auszubildenden ist besonders Rechnung zu tragen.

Abkürzungen

Abs.:	Absatz
ALG II:	Arbeitslosengeld 2
BBiG:	Berufsbildungsgesetz
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
FGG:	Freiwillige Gerichtsbarkeit
GG:	Grundgesetz
PsychKG:	Psychisch Krankengesetze
SGB:	Sozialgesetzbuch
StGB:	Strafgesetzbuch

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Welche Leistungen können Versicherte nach SGB V erhalten? ▶ Kap. 27.3
- Unter welchen Voraussetzungen wird Sozialhilfe gewährt? ▶ Kap. 27.5
- Welche Voraussetzungen müssen vorliegen, um einen Menschen gegen oder ohne seinen Willen öffentlich-rechtlich unterzubringen? ▶ Kap. 27.7
- Wann kann eine Betreuung vom Vormundschaftsgericht angeordnet werden? ▶ Kap. 27.8
- Was regelt das Berufsbildungsgesetz? ▶ Kap. 27.9

Literatur

Borutta M (2000) Pflege zwischen Schutz und Freiheit. Vincentz, Hannover

Brill K-E (2003) Psychisch Kranke im Recht. 3. Aufl Psychiatrie-Verlag, Bonn

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Übersicht über das Sozialrecht, Bildung und Wissen. 2. Aufl, Berlin

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg) (2004) SGB Textausgabe. 31. Aufl BfA Druck, Heenemann, Berlin

Fehn K, Selen S, König F (2003) Die sofortige Unterbringung psychisch Kranker. Stumph & Kossendey, Edewecht

Hell W (2003) Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht. 4. Aufl Thieme, Stuttgart

Jüngst W, Nick M (2004) WISO Ratgeber für Behinderte. Redline Wirtschaft, Frankfurt

Klie T, Stascheit U (2005) Gesetze für Pflegeberufe. 9. Aufl Nomos, Baden-Baden

Pardey K-D (2004) Betreuungs- und Unterbringungsrecht in der Praxis. 2. Aufl Nomos, Baden-Baden

Quambusch E (2001) Das Recht der geistig Behinderten. 4. Aufl Lambertus, Freiburg

Raack W, Thar J (2005) Leitfaden Betreuungsrecht. 4. Aufl Bundesanzeigerverlag, Köln

Renn H, Schoch D (2002) Die neue Grundsicherung. Nomos, Baden-Baden

28 Netzwerke und Modelle der Behandlung und Versorgung

Jörg Utschakowski

28.1 Versorgungsmodelle – 382

28.2 Elemente der Behandlung – 384
28.2.1 Stationäre Behandlung – 385
28.2.2 Teilstationäre Behandlung – 385
28.2.3 Ambulante Behandlung – 386

28.3 Rehabilitation – 388
28.3.1 Wohnen – 389
28.3.2 Tagesstruktur – 390
28.3.3 Arbeit – 390

28.4 Selbstorganisation – 391
28.4.1 Organisation der Psychiatrieerfahrenen – 391
28.4.2 Angehörigenorganisation – 392
28.4.3 Trialog – 392

28.5 Kooperation – 392

Literatur – 393

In Kürze

Psychiatrie als Wissenschaft und als Hilfesystem war in den letzten 30 Jahren starken Wandlungen unterworfen. Die traditionelle, rein krankenhauszentrierte Psychiatrie ist zunehmend durch eine gemeindeorientierte, personzentrierte Behandlung, Versorgung und Betreuung abgelöst worden.

Psychiatrische Krankenpflege bewegt sich von je her in einem Raum, der stark von anderen Berufsgruppen definiert wird. Die Konzepte zu Ursachen, Verlauf und Behandlung der geistigen Erkrankung entstammt größtenteils der Psychiatrie als medizinische Disziplin und zunehmend auch der Psychologie. Es sind komplexe Praxismodelle entstanden, die den Rahmen prägen, in dem psychiatrische Krankenpflege stattfindet. Insbesondere im stationären Setting findet sie dort statt, wo andere Berufe bereits gehandelt oder eine Handlungsausrichtung festgelegt haben. Dies ist einerseits eine einschränkende, aber gleichzeitig auch eine herausfordernde Position, denn die Pflege schafft in der Psychiatrie einen Ausgleich zwischen den institutionellen Anforderungen, den Erwartungen der beteiligten Personen (Patient, Angehörige, Arzt) und den situativen Erfordernissen (Morris, 2004).

Im Gegensatz zu stark institutionalisierten und strukturierten Settings, die Delegation, Zentralisierung und komplexe Regeln nach sich ziehen, ist die gemeindeorientierte Arbeit für alle Berufsgruppen und insbesondere für die Pflege mit einer Erweiterung der Kompetenz- und Verantwortungsbereiche verbunden. Die Neuorientierung der Psychiatrie bietet den Raum für die Entwicklung einer eigenständigen psychiatrischen Pflegeidentität mit spezifischen professionellen Handlungsbereichen. Pflege wird zu einer zentralen Berufsgruppe in multiprofessionellen Teams bzw. im Zusammenspiel diverser Dienstleister im gemeindepsychiatrischen Verbund. Dieser Wandel erfordert eine fundierte Kenntnis der Kooperationspartner und des psychosozialen Versorgungssystems, in dem psychiatrische Pflege wirksam wird, um für den Klienten die bestmögliche Hilfe zu organisieren.

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels haben Sie:

- einen Überblick über die Erfordernisse an ein modernes psychiatrisches Versorgungssystem
- Kenntnisse über die spezifischen Behandlungs und Versorgungsbausteine und ihre Aufgaben
- ein Verständnis von der erforderlichen Koordination und Kooperation innerhalb eines Behandlungs- und Versorgungsnetzwerks
- ein Verständnis von den spezifischen Aufgaben der Pflege in diesem Kontext

28.1 Versorgungsmodelle

Seit der **Psychiatrieenquete** 1975 wird in Deutschland offiziell die Umstrukturierung der Psychiatrie zur gemeindeorientierten Versorgung mit dem Grundsatz »ambulant vor stationär« angestrebt. Flexiblen, bedarfsgerechten, nutzerorientierten Hilfen, die den Verbleib des Patienten im Lebensumfeld garantieren, soll der Vorrang vor Krankenhaus- oder Heimunterbringungen gegeben werden.

Nichtsdestotrotz war die erste Phase der Psychiatriereform von einem krankenhauszentrierten System bestimmt. Im Zentrum der Versorgung stand die psychiatrische Klinik, die von »**extramuralen**« (außerhalb der Krankenhausmauern gelegenen) und »**komplementären**« (ergänzenden) Diensten flankiert wurde.

Die Gemeindepsychiatrie hat sich weiterentwickelt. Da die krankenhauszentrierte Gemeindepsychiatrie zwar ihre Angebote in die Gemeinde erweitert hat, jedoch nach wie vor die Institution und ihre Interessen im Vordergrund stehen, bleiben viele Interessen und Ressourcen der Nutzer unberücksichtigt. Ausgangspunkt der Neuorientierung ist der aktuelle, individuelle Hilfebedarf des Klienten, wie er sich konkret in seiner Wohnung, seinem sozialen Kontext zeigt. Das Lebensfeld des Hilfesuchenden ist Ort und Mittelpunkt (»locus« und »focus«) von Behandlung und Versorgung. Das bedeutet, dass sich nicht der Klient den Angeboten anpasst, sondern die Angebote dem Klienten. Häufig kann dabei nicht eine Institution allein die notwendigen Hilfen für einen Klienten bereitstellen, verschiedene Träger

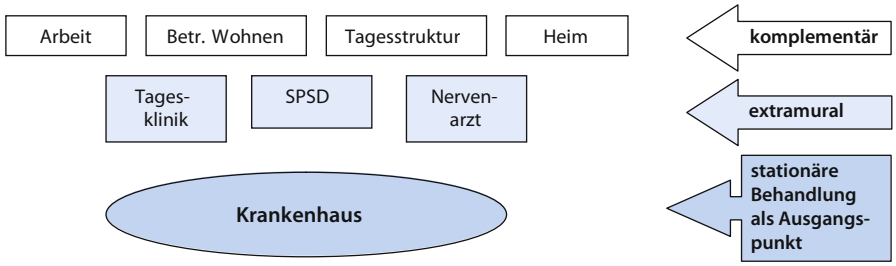


Abb. 28.1. Krankenhauszentrierte Organisation gemeindepsychiatrischer Hilfen

müssen zur Deckung des Hilfebedarfs kooperieren. Dies erfordert eine strukturelle und individuelle Koordination der Angebote.

Die notwendigen Hilfen für eine gemeindenahe, personzentrierte **integrierte Behandlung und Versorgung** werden im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbunds organisiert, in dem alle rehabilitativen, behandelnden, beratenden stationären, teilstationären und ambulanten Dienste kooperieren. Die integrierte, personzentrierte Gemeindepsychiatrie orientiert sich an folgenden *Prinzipien*:

- Lebensfeldorientierung, d. h. Durchführung von Interventionen und Organisationen, die sich direkt auf die psychosoziale Lebenssituation des Patienten beziehen,
- Normalisierung, d. h. »normale« Angebote haben Vorrang vor Spezialangeboten,
- gemeindenahe Versorgungssysteme, Aufhebung der Grenzen zwischen ambulant und stationär, z. B. stationäre und aufsuchende Hilfen von einem Dienst,
- **Sektorisierung** und Gleichverteilung der Dienste, d. h. jedes Versorgungsgebiet (Sektor) soll über alle Grundbausteine psychiatrischer Hilfen verfügen,
- gemeinsame Koordination und Planung,

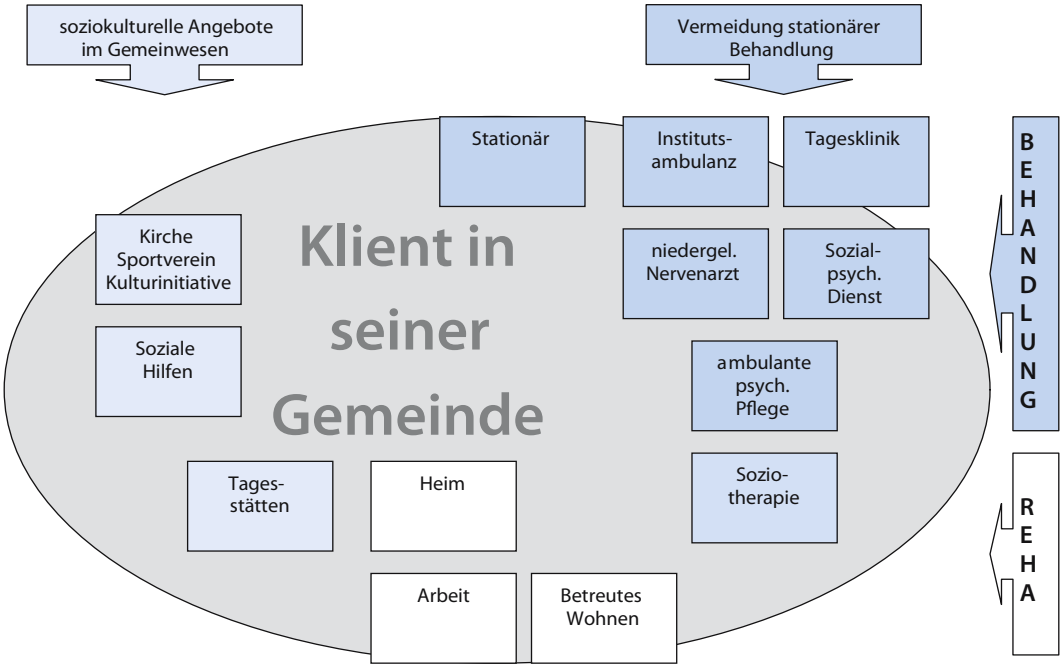


Abb. 28.2. Personenzentrierte Organisation der Gemeindepsychiatrie

- Reduzierung der stationären Behandlung zugunsten ambulanter und teilstationärer Angebote,
- kontinuierliche Verzahnung von Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Öffentlichkeitsarbeit (Bührig, 2002).

Die integrierte Gemeindepsychiatrie erfordert eine Veränderung des Selbstverständnisses: Rollen, Aufträge und Funktionen sind nicht länger in vor- oder nachstationär und komplementär aufzuteilen.

Arbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund bedeutet gemeinsame Entwicklung und Ausrichtung der Angebote nach einem gemeinsamen Leitbild, auf Basis von einrichtungsübergreifender Kooperation.

Die Reform der Psychiatrie ist ein lang andauernder Prozess. Das Ziel der Überwindung der Abschottung der einzelnen Behandlungs- und Versorgungsangebote – insbesondere der Trennung zwischen ambulant und stationär – steht immer noch im Vordergrund. In den letzten Jahren ist die stationäre Behandlung zugunsten ambulanter Angebote immer weiter reduziert worden.

Kritiker dieser Entwicklung befürchten, dass bei einer zu starken Dezentralisierung der stationären Versorgung und der Aufsplitterung in immer kleinere Behandlungseinheiten die Qualität der Akutbehandlung leidet. Da kleine Einrichtungen mit einem bestimmten Einzugsgebiet notwendigerweise Menschen mit den verschiedensten Problemlagen und Krankheitsbildern aufnehmen müssen, würde eine fachlich fundierte diagnosespezifische Behandlung immer schwieriger. In größeren Einrichtungen mit einer höheren Patientenzahl könnten ausreichend differenzierte Spezialisten beschäftigt werden.

Die Befürworter der zunehmenden Gemeindeorientierung und Dezentralisierung sehen die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung noch lange nicht ausgeschöpft. Sie sehen erhebliche Vorteile gegenüber der vollstationären Akutversorgung:

- *Weniger tief greifende Einschnitte in das Alltagsleben.* Der Betroffene kann, soweit es ihm möglich ist, seine sozialen Kontakte pflegen und alltägliche Dinge verrichten. Krankenhausbehandlung bedeutet oft unerfüllte Leerzeiten, die gesunde Persönlichkeit wird an der Tür abgegeben.
- *Weniger Stigmatisierung.* Größere psychiatrische Einrichtungen haben häufig ein negatives gesellschaftliches Ansehen, das auch auf die Patienten übertragen wird.
- *Weniger soziale Behinderung.* Längere stationäre Unterbringung ist häufig durch die institutionellen Vorgaben mit Einschränkungen der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten und der Verringerung sozialer Kompetenzen verbunden, die auch als Hospitalismus bezeichnet werden.
- *Detaillierte Klärung der Ressourcen und Probleme.* Durch die Kontaktaufnahme im Lebenskontext des Betroffenen und der Begegnung mit den Beteiligten vor Ort kann ein tiefgreifenderes Verständnis von der Komplexität der Problemlage entwickelt werden. Zudem besteht eine größere Möglichkeit, die Ressourcen und Potenziale, die zur Problemlösung beitragen können, zu erkennen und einzubeziehen.
- *Individuelle Angebote.* Die professionellen Interventionen können direkt auf den aktuellen, konkreten Bedarf bezogen werden.
- *Bessere Basis für psychosoziale Intervention.* Die Begegnung mit den Klienten in ihrem sozialen Umfeld ermöglicht ein gutes Zusammenspiel unterschiedlicher Interventionsebenen, die nicht nur auf die kranken Anteile, sondern auch auf die realen Lebensbedingungen bezogen werden können.
- *Erhöhung der* **Compliance**. Es hat sich gezeigt, dass die Betroffenen im Rahmen ihres sozialen Kontextes eher bereit sind, Unterstützung anzunehmen und diese auch nachhaltiger wirkt (Brenner et al., 2000).

28.2 Elemente der Behandlung

Um eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung und Behandlung zu gewährleisten, ist es notwendig, dass in einem überschaubaren geographischen Bereich ausreichend differenzierte Dienste zur Verfügung stehen, die in einer sinnvollen Kooperation und Koordination miteinander verbunden sind. Ein überschaubare Versorgungsregion (150 000–350 000 Einwohner) sollte folgende Angebote vorhalten:

- stationäre Behandlung,
- teilstationäre Behandlung,

- ambulante Behandlungsangebote,
- Sozialpsychiatrische Dienste,
- Wohnheimplätze,
- Betreutes Wohnen,
- tagesstrukturierende Angebote,
- Arbeitsangebote.

28.2.1 Stationäre Behandlung

Die Bedeutung der stationären Behandlung hat sich im Laufe der letzten 30 Jahre bedeutend verändert. So sind z. B. die Krankenhausbetten stark abgebaut worden – seit Mitte der 70er Jahre um über 50 %. Die durchschnittliche Verweildauer, die Mitte der 70er Jahre noch (abhängig von der Krankenhausgröße) bei 100–200 Tagen lag, hat sich mittlerweile auf ca. 30 Tage reduziert. Am einschneidensten ist der Rückgang der Krankenhausbetten in der Langzeitpsychiatrie, die allein in dem Zeitraum von 1990–2000 um 90 % (!) reduziert wurden (Saß, 2001; Arbeitsgruppe Psychiatrie, 2003).

Während zu Enquete-Zeiten eine psychiatrische Abteilung in einem Netz ambulanter Dienste noch nicht gegenwärtig war, wird vermehrt langfristig die Zukunft der stationären Versorgung in Behandlungszentren als Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern oder gar krankenhausunabhängigen »**Rückzugsräumen**« gesehen.

Das klinische Setting bietet eine Vielzahl an komplexen Hilfeleistungen, dazu gehören medizinische, pflegerische, psychologische, sozialarbeiterische, ergotherapeutische und bewegungstherapeutische Angebote.

Auch für die stationäre Versorgung gilt, dass sie gemeindenah erfolgen sollte oder zumindest innen sektorisiert (d. h. die Zuordnung von Patienten zu Stationen sollte nicht an Diagnosen, sondern an regionaler Zugehörigkeit der Patienten orientiert sein) und mit geeigneten Außenstellen (Institutsambulanzen) ausgestattet sein.

Indikationen für eine vollstationäre Behandlung können sein:

- die Behandlung einer akuten Krise, die eine Begleitung rund um die Uhr erfordert,
- die Durchführung von Zwangsmaßnahmen,
- die Zuspitzung einer Krise durch ein überfordertes, überlastetes soziales Umfeld,
- Auswirkungen einer Krise, die eine ausreichende (Selbst-)Versorgung des Betroffenen in seiner häuslichen Umgebung nicht mehr gewährleisten.

Vollstationäre Behandlung sollte nur dann erfolgen, wenn teilstationäre oder ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Um das Prinzip ambulant vor stationär zu gewährleisten, muss sichergestellt sein, dass bei der stationären Aufnahme eine mehrdimensionale Situationsanalyse erfolgt, die bereits die Entlassungsvorbereitung mitdenkt (Kunze, 2002).

28.2.2 Teilstationäre Behandlung

Tagesklinik

Ursprünglich wurde die Tagesklinik entwickelt, um die »Schwundquote« der Patienten zu verringern, die zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung verloren gingen und um den Übergang von der stationären Behandlung zurück in die Gemeinde zu erleichtern (Dörner u. Plog, 1985).

Tagesklinische Einrichtungen sollen eine schrittweise, wirkungsvolle Rehabilitation insbesondere für diejenigen erreichen, denen eine ambulante Therapie (noch) nicht ausreicht. Die Anzahl der tagesklinischen Plätze nimmt weiter zu. Das tagesklinische Angebot ist in der Regel sehr strukturiert. Die Nutzer stellen häufig am Anfang der Woche gemeinsam mit dem Personal ihre Wochenstruktur zusammen, die sich aus gruppenbezogenen alltagspraktischen Übungen, gruppendynamischen Übungen, **psychoedukativen** Gruppen oder Freizeitaktivitäten zusammensetzt. Da die Nutzer abends nach Hause gehen, liegt ein Schwerpunkt der Tagesaktivitäten auf der direkten Nutzbarkeit im unbegleiteten Alltag.

Zunehmend wird die Tagesklinik auch als Akuttagesklinik genutzt, d. h. nicht als Nachsorgeangebot, sondern als Ersatz für stationäre Behandlung. Durch die Gemeindenähe vieler Tageskliniken kann in enger Kooperation mit den regionalen Strukturen ein nicht unerheblicher Anteil stationärer Behandlung durch Akuttageskliniken kompensiert werden. Dies erfordert jedoch eine gute personelle Ausstat-

tung, die häufig einen höheren Pflegesatz notwendig macht.

Nachtklinik

Das nachtklinische Angebot richtet sich an Patienten, die einer Arbeit nachgehen, in der Ausbildung sind oder in eine andere feste Tagesstruktur eingebunden sind. Die Patienten verbringen ihre abendliche Freizeit und oft auch die Wochenenden in der Nachtklinik. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen soziotherapeutische und psychotherapeutische Angebote. Insbesondere können hier arbeitsbedingte Stresssituationen und Probleme im häuslichen Milieu bearbeitet werden.

28.2.3 Ambulante Behandlung

Die wichtigsten ambulanten Behandlungsangebote sind:

- der Sozialpsychiatrische Dienst,
- die Institutsambulanz,
- die ambulante psychiatrische Pflege,
- die Soziotherapie,
- die niedergelassenen Nervenärzte.

Menschen mit schweren psychischen Störungen nehmen durch ambulante Behandlung deutlich weniger stationäre Behandlung in Anspruch (Kruckenberg, 2002).

Ambulante Behandlung ist nicht nur geeignet, stationäre Behandlung zu ersetzen, sondern auch ein Klientel zu erreichen, das bisher kaum oder nur unter sehr erschwerten Bedingungen das ambulante Angebot nutzen konnte. Eine Indikation für eine ambulante psychiatrische Akutbehandlung kann sein, dass ein Mensch bisher nicht von dem psychiatrischen Versorgungs- und Behandlungssystem erreicht wurde. Das kann daran liegen, dass die Person aufgrund familiärer Verpflichtungen (Kinder etc.) bisher keine stationäre Hilfe in Anspruch genommen hat oder kulturelle Bedingungen (z. B. Migranten) gegen einen Krankenhausaufenthalt sprachen. Diese Situationen lassen sich mit weniger Widerständen ambulant bewältigen. Ambulante Hilfe greift aber auch da, wo stationäre Hilfe abgelehnt wird, z. B. wenn Patienten sich nicht mit dem Setting im Krankenhaus arrangieren können (Rauchverbot, Mahlzeiten etc.) oder starke Aversionen gegen das psychiatrische Krankenhaus haben.

In der ambulanten Arbeit verändern sich die Arbeitsinhalte und der Arbeitsrahmen gegenüber der stationären Arbeit:

- *Hausrecht:* Entgegengesetzt zum stationären Setting, wo das Personal das Hausrecht hat und der Patient sich wie ein Gast verhalten muss, verhält es sich im ambulanten Bereich genau umgekehrt.
- *Nähe – Distanz:* In der ambulanten Arbeit ist der Helfer sehr viel enger an den Lebensbezügen des Betroffenen. Das ist eine Chance zur Entdeckung von Potenzialen, Ressourcen und zum Aufbau von Beziehungen, gleichzeitig erfordert die Situation ein hohes Maß an Reflektion, um nicht ungewollt in zu enge Beziehungssituationen zu geraten.
- *Aggression:* Ambulante Arbeit kann u. U. bedeuten, sehr viel ungeschützter mit Aggressionen konfrontiert zu sein als im stationären Setting. Auch hier ist eine gute Fremd- und Selbsteinschätzung und gutes Urteilsvermögen gefragt.
- *Direkte Konfrontation:* Ambulante Arbeit bedeutet eine direkte Konfrontation mit der Lebenssituation des Betroffenen. Das erleichtert das Verständnis für die individuelle Problemlage und die Einbeziehung des sozialen Umfelds.
- *Flexibilität:* Ambulante Arbeit erfordert und ermöglicht ein hohes Maß an Flexibilität. Durch den fehlenden institutionellen Rahmen gestalten sich die Begegnungsräume und die Anforderungen immer wieder neu.
- *Verantwortung:* Durch den fehlenden institutionellen Hintergrund und durch ein umfassenderes Aufgabenspektrum trägt die Pflegekraft auch mehr Verantwortung in der jeweiligen Situation. Es muss in der Situation entschieden werden, ob ein Problem gelöst wurde, denn oft steht kein Kollege zur Verfügung, an den das weitere Vorgehen direkt delegiert werden kann.

Der Patient hat mehr Lebensqualität, der Profi hat mehr Arbeitsqualität.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Sozialpsychiatrischen Dienste gehören zu den Standardeinrichtungen in der Gemeindepsychiatrie.

Die rechtliche Grundlage bieten die PsychKGs der Länder (vgl. Kap. 27), daher variieren die Aufgabenspektren etwas.

Zu den Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste gehört die Beratung von psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen und das Angebot bzw. die Vermittlung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen. Der Sozialpsychiatrische Dienst als öffentlicher Gemeindedienst soll auch dazu beitragen, bei Konflikten zwischen Betroffenen und ihrem persönlichen Umfeld oder der Öffentlichkeit zu vermitteln, sodass sowohl den Interessen und dem Schutz der Betroffenen als auch den Belangen von anderen Beteiligten Rechnung getragen wird.

Die Begleitung von chronisch psychisch kranken Menschen (z. B. die Kontaktaufnahme nach stationärer Behandlung) und das Angebot von Gruppen (Psychosegruppe, Angehörigengruppe etc.) sind weitere Aufgaben, die von den Soziapsychiatrischen Diensten häufig geleistet werden.

Im Sinne von Kontrolle und übergeordneter Organisation übernehmen die Sozialpsychiatrischen Dienste die fallbezogene Steuerung von Hilfen, insbesondere bei chronisch psychisch kranken Menschen, und Steuerungsaufgaben für die Versorgungsregion.

In den meisten Ländern übernehmen die Sozialpsychiatrischen Dienste auch Gutachtertätigkeit für die Kostenträger (z. B. Hilfebedarf im Betreuten Wohnen), sowie die Erstellung von Gutachten für Unterbringungsverfahren und deren Einleitung.

Die personelle Ausstattung und die Multiprofessionalität der Dienste variieren regional sehr. Es gibt Regionen in denen zwei Sozialarbeiter als Sozialpsychiatrischer Dienst ein Einzugsgebiet betreuen, das in einer anderen Region von 8 Fachkräften (Fachpflegekräfte, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) versorgt wird. Entsprechend variieren auch die Kapazitäten für ambulante Krisenintervention, die in manchen Regionen gar nicht, in anderen Regionen (z. B. Bremen) 24 Std. an 7 Tagen in der Woche angeboten wird.

Institutsambulanzen

Die Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen wurde bereits in der Psychiatrie-Enquete gefordert. Während sie zunächst nur an psychiatrischen Fachkrankenhäusern eingerichtet werden durften, werden sie nun auch von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und von Tageskliniken angeboten. Die Institutsambulanz ist ein Angebot für Menschen, die den stationären Rahmen nicht brauchen, aber aufgrund der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung von niedergelassenen Nervenärzten nicht angemessen versorgt werden können. Der Zugang zur Institutsambulanz erfolgt über eine Überweisung von einem niedergelassenen Nervenarzt. Zu dem von den Psychiatrischen Institutsambulanzen versorgten Personenkreis gehören Menschen mit langwierigen und komplizierten Krankheitsverläufen, Menschen in akuten Krisen (z. B. Suizidalität) oder Menschen mit Erkrankungen des höheren Lebensalters.

Das konkrete Behandlungsangebot einer Psychiatrischen Institutsambulanz richtet sich nach den individuellen Erfordernissen der jeweiligen Lebenssituation des Patienten, es umfasst psychiatrische/psychotherapeutische Diagnostik und Therapie, medikamentöse Therapie, Aufklärung und Information des Patienten und seiner Angehörigen und psychoedukative und psychotherapeutische Gruppenangebote. Die individuellen (nicht gruppenbezogenen) Angebote können auch aufsuchend am Lebensort des Patienten angeboten werden.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind mit multiprofessionellen Teams besetzt, zu denen neben Fachkrankenpflegekräften und Ärzten auch Sozialarbeiter, Psychologen und ggf. auch Ergotherapeuten gehören.

Die Institutsambulanz soll ein Verbindungsglied der unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungsangebote sein. Sie kooperiert mit den niedergelassenen Nervenärzten und mit der Klinik, aber ebenso mit den anderen Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbunds, wie Tagesstätten, Betreutes Wohnen etc.

Ambulante psychiatrische Pflege

Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) ist eine besondere Form häuslicher Krankenpflege, die speziell für psychisch kranke Menschen erbracht wird. APP ist Behandlungspflege nach SGB V und damit krankenkassenfinanziert. Im Vordergrund der APP steht Beziehungsarbeit und Milieupflege und die Sicherstellung der Versorgung der Patienten. Insofern ist die Tätigkeit der Pflegekräfte in der APP ähnlich wie die anderer Berufsgruppen in der Gemeindepsychiatrie. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch die

spezifische Aufgabenstellung. APP soll stationäre Krankenhausbehandlung vermeiden bzw. verkürzen und die ärztliche Weiterbehandlung in der Gemeinde sicherstellen.

Die spezifischen Aufgaben der APP sind:

- kennen lernen des Patienten und des sozialen Umfelds und Aufbau einer tragfähigen Beziehung,
- Pflegediagnostik und Pflegeplanung,
- Durchführung ärztlich verordneter Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenvergabe),
- Motivation zu notwendigen Arztbesuchen,
- Förderung besserer Bewältigungsfähigkeiten (Coping),
- Förderung von Erhalt oder Neuerwerb lebenspraktischer Fähigkeiten, sowie einer stabilen stützenden Tagesstruktur,
- Krisenintervention, d. h. das Erkennen von Krisen und die Hilfe bei der Krisenbewältigung, die Einschätzung von Suizidalität und die Einleitung und Durchführung notwendiger Maßnahmen, sowie ggf. die Einleitung stationärer Behandlung.

Ambulante Soziotherapie

Ambulante Soziotherapie ist das jüngste Angebot in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Ambulante Soziotherapie ist eine krankenkassenfinanzierte Leistung, die die Vermeidung von Krankenhausunterbringung zum Ziel hat. Sie soll eine Brückenfunktion zwischen dem ärztlichen Behandlungsprogramm und rehabilitativen Angeboten leisten. Hintergrund ist, dass insbesondere schwer psychisch kranke Menschen viele vorhandene Angebote allein nicht nutzen, weil sie Ängste haben, nur schwer Termine einhalten können oder ähnliche Probleme haben (Melchinger, 1999). Soziotherapie soll der Stabilisierung im Alltag und der wirksamen Entwicklung von Copingstrukturen dienen. Soziotherapie soll auch dazu beitragen, dass die Betroffenen eigenständig ärztliche Behandlung wahrnehmen und soziale Kontakte aufnehmen. Insgesamt soll die Nutzung der vorhandenen Angebote verbessert werden, sodass die Betroffenen im ambulanten Bereich versorgt werden können und stationäre Behandlung nicht oder seltener nötig wird. Soziotherapie soll auch dazu beitragen, dass die Kooperation und Koordination der psychiatrischen Dienste verbessert wird.

Ambulante Soziotherapie wird für einen begrenzten Zeitraum gewährt. Sie kann von Sozialpädagogen, Pädagogen oder Fachkrankenpflegekräften durchgeführt werden. Die Erfahrungen belegen, dass soziotherapeutische Hilfen ein wirksames Mittel zur Stabilisierung im gemeindepsychiatrischen Kontext und zur Rückfallprophylaxe sind (Thiede, 2004).

Niedergelassene Nervenärzte

Die Allgemeinärzte sind in der Regel kaum in die psychiatrische Versorgung eingebunden, obwohl viele Menschen mit psychischen Krankheiten von ihnen ausschließlich behandelt werden. Dies kann problematisch sein, weil oft psychische Störungen nicht erkannt bzw. unangemessen behandelt werden (Mayer u. Baltes, 1996).

Die Dichte der niedergelassenen Nervenärzte hat in den letzten Jahrzehnten permanent zugenommen. Trotzdem ist die Versorgung in ländlichen Gebieten immer noch verbesserungswürdig. In den großen Städten ist die Dichte der Nervenärzte erheblich höher als in ländlichen Gebieten.

Die Behandlungsangebote in den Arztpraxen reichen von medikamentöser Therapie bis hin zu Psychotherapie. Über die Beteiligung an der Verordnung von Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Pflege und der damit verbundenen Kooperation integriert sich das Angebot der niedergelassenen Nervenärzte stärker in den gemeindepsychiatrischen Verbund.

28.3 Rehabilitation

Der Bereich der Rehabilitation und Versorgung hat nach der Psychiatrie-Enquete stark an Bedeutung gewonnen. Eine zentrale Aussage der Enquete war, dass insbesondere Langzeitpatienten, die in den Kliniken »unter elenden, menschenunwürdigen Umständen« untergebracht und von einem »erhöhten Risiko des Hospitalismus« bedroht waren, besser in der Gemeinde versorgt werden könnten (Deutscher Bundestag, 1975). Hierzu sollten differenzierte rehabilitative Angebote aufgebaut werden.

Rehabilitative Angebote sollen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur und soziale Kontakte im Lebensumfeld der Betroffenen ermöglichen.

Die Aufgaben psychosozialer Rehabilitation erstrecken sich auf zwei Bereiche. Einerseits soll durch individuelle Förderung der psychisch kranke oder behinderte Mensch dazu befähigt werden, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dazu können fördernde Maßnahmen, wie z. B. lebenspraktisches Training oder Heranführung an Arbeit, gehören. Aber auch kompensatorische Leistungen, die eingeschränkte Fähigkeiten ausgleichen, wie z. B. die dauerhafte Begleitung zu Ärzten oder Behörden. Rehabilitation bedeutet aber auch, wie der eigentliche Wortsinn verdeutlicht (aus dem Lateinischen »in den früheren Stand, in die früheren Rechte wiedereinsetzen«), dass nicht nur der psychisch kranke Mensch, sondern auch die Gesellschaft, das soziale Umfeld zu der Integration beitragen muss.

Rehabilitatives Arbeiten im Bereich Psychiatrie bedeutet auch, Räume zu schaffen und Begegnungen herzustellen, in denen Menschen, die anders sind, leben können.

28.3.1 Wohnen

Die Enthospitalisierung der Krankenhäuser hat dazu geführt, dass es mittlerweile mehr Plätze im Betreuten Wohnen und in Wohnheimen gibt als in den Kliniken (Schernus, 2003), allerdings hat der Heimbereich wesentlich stärker hinzugewonnen als das Betreute Wohnen. Es ist davon auszugehen, dass die Deinstitutionalisierung im Klinikbereich zu einer Institutionalisierung im Heimbereich geführt hat (Hopfmüller, 2003). Das Prinzip »ambulant vor stationär« ist nicht ausreichend umgesetzt. 95 % aller Mittel für Wiedereingliederung werden im stationären Bereich ausgegeben, nur 5 % für ambulante Maßnahmen. Es befinden sich immer noch sehr viele Langzeitpatienten in den Kliniken und auch aus den Heimen könnten mehr Menschen in das Betreute Wohnen entlassen werden. Neben der mangelnden Bereitschaft der Einrichtungen, Klienten in andere Behandlungs- und Wohnformen zu entlassen (was oft mit einem Wechsel des Versorgungsträgers verbunden ist), spielt auch die unterschiedliche Kostenträgerschaft für unterschiedliche Maßnahmen eine Rolle: bei einem Wechsel vom Heim in das Betreute Wohnen wird der eine Kostenträger entlastet, während der neue zusätzliche Kosten zu tragen hat, ohne sie erstattet zu bekommen. Daher besteht von dem neuen Kostenträger häufig kaum Bereitschaft zu Veränderungen.

Bei der Betrachtung der psychiatrischen Betreuung im Bereich Wohnen darf nicht vergessen werden: 60–80 % der chronisch psychisch kranken Menschen leben außerhalb professioneller Einrichtungen allein, bei Angehörigen oder Freunden oder mit deren Unterstützung (Heim, 2001).

Heime

Immer noch leben viele psychisch kranke Menschen in sehr große Einrichtungen, die augrund ihrer Struktur und Unüberschaubarkeit eine angemessene, individuelle, personenzentrierte Hilfe kaum möglich machen. Daher soll weiterhin die Entwicklung weg von großen Heimen hin zu kleinen, überschaubaren Wohneinheiten gefördert werden.

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsministerien fordert Wohnheime, die folgenden Kriterien erfüllen:

- kleinteilig,
- dezentral,
- nicht mehr als 20 Plätze,
- Wohnen und Arbeit sollten getrennt sein (Arbeitsgruppe Psychiatrie, 2003).

Wohnheime bieten Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung einen hohen Unterstützungsbedarf haben, einen sicheren Rahmen. Sie bieten Kontrolle und Schutz für Menschen, die beim Leben allein oder mit geringer Betreuung immer wieder mit ihrem sozialen Umfeld in Konflikt geraten. Heime können einen dauerhaften Lebensort bieten, aber auch ein geschütztes Feld für langsame Lernprozesse. Trotz des notwendigen Schutzraumes muss ein Wohnheim auch mit den anderen Versorgungsangeboten in der Region vernetzt sein und Anreize für die Außenorientierung (Arbeit, Beschäftigung, Freizeit) schaffen.

Betreutes Wohnen

Angebote des Betreuten Wohnens beinhalten häufig »eine Art universelle kontinuierliche Zuständigkeit für alle möglichen Aufgaben und Probleme des – alltäglichen – Lebens« (Brill, 1992). Betreutes Wohnen

hat ein Leistungsspektrum, das lebenspraktische Unterstützung, Arbeitsvermittlung, Förderung der Kontaktaufnahme, Gruppenarbeit und therapeutische Gespräche bis hin zur Krisenintervention umfassen kann. Betreutes Wohnen kann im Gruppenwohnen oder im Einzelwohnen erfolgen. Die Betreuung kann so sehr individuell auf den Betroffenen zugeschnitten werden. Die Betreuungsintensität und Dauer wird von einem Gutachter (Klinik, Tagesklinik, SPSD, Institutsambulanz, z. T. auch niedergelassenen Nervenarzt) festgelegt.

Das betreute Wohnen soll einer unabhängigen Lebensform so nah wie möglich kommen, daher gilt:

- **die Trennung von Betreuungs- und Mietvertrag (der Mietvertrag bleibt bei der Beendigung der Betreuung unberührt)**
- **geteilter Pflegesatz (der Träger erhält ein Leistungsentgelt vom Kostenträger, der Betreute behält sein eigenes Einkommen)**

Das Ziel des Betreuten Wohnens ist die Förderung einer weitgehend unabhängigen Lebensführung der Betroffenen. Das kann bedeuten, dass Menschen unabhängig von Betreuung werden oder geringfügig betreut werden. Betreutes Wohnen kann jedoch auch lebenslang gewährt werden. Das Angebot des Betreuten Wohnens ist ein wichtiges Element der Integration von psychisch kranken Menschen, das nicht nur nachsorgend und rehabilitativ wirkt, sondern auch präventiv Krisen und stationäre Behandlung vermeiden kann.

28.3.2 Tagesstruktur

Besonders chronisch psychisch kranken Menschen brauchen häufig Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bei der Alltagsbewältigung und bei Angeboten, die Kontaktmöglichkeiten bieten. Dafür stehen Tagesstätten in den Versorgungsregionen an jedem Wochentag zur Verfügung.

Ein großer Teil der Tagesstätten führt längerfristig angelegte arbeits- und beschäftigungstherapeutische Programme mit jeweils fest zusammengesetzten Gruppen durch. In der Regel sind hier ein Gutachten und eine individuelle Kostenübernahme nötig, die Teilnahme ist verbindlich.

Ein Teil der Tagesstätten ist eher als niedrigschwellige Anlaufstelle konzipiert, in deren Vordergrund die Förderung sozialer Kontakte steht und deren Arbeitsmöglichkeiten sehr flexibel und bedarfsorientiert wahrgenommen werden können. Entsprechend können sie unverbindlich stunden- oder tageweise aufgesucht werden.

28.3.3 Arbeit

Jeder Mensch will für die Allgemeinheit notwendig sein, will Bedeutung für andere haben (Dörner, 1996). Mit Arbeit sind für jeden Menschen elementare »Erlebniskategorien« verbunden:

- Arbeit schafft eine Zeitstruktur.
- Arbeit vermittelt soziale Kontakte.
- Durch Arbeit wird man Teil einer Gemeinschaft, was zum Erhalt der Gesellschaft und ihres Wohlstands beiträgt.
- Arbeit bestimmt den Status und die Identität eines Menschen.
- Arbeit zwingt zur Aktivität (Jahoda, 1993).

Formen der Integration in Arbeit

Allgemeiner Arbeitsmarkt

Die Teilhabe von behinderten Menschen am Arbeitsleben ist im Sozialgesetzbuch (SGB) IX als konkretes Ziel formuliert. Die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und die Förderung von Teilzeitbeschäftigung erleichtert es Menschen mit eingeschränktem oder schwankendem Leistungsvermögen, einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden. Hier können ggf. auch Eingliederungszuschüsse geleistet werden. Insgesamt sind die Möglichkeiten der Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt jedoch für viele psychisch kranke Menschen nicht befriedigend. In den letzten Jahren haben sich sehr vielfältige Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung entwickelt, die Qualifizierung und Arbeitserprobung, aber auch neue Beschäftigungsmöglichkeiten bieten.

Integrationsfirmen

Integrationsfirmen bieten die Möglichkeit der Arbeitserprobung, der stufenweisen Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und auch der dauerhaften Beschäftigung. Die Angebote sind in der Regel auf die Bedürfnisse von psychisch kranken Men-

schen zugeschnitten. Dazu gehört eine überschaubare Zahl von Mitarbeitern, überschaubare Arbeitsprozesse und flexible Arbeitsbedingungen. Die Mehrzahl der Angebote liegt im Handwerksbereich, gefolgt von Dienstleistungen und industrieller Fertigung.

Zuverdienstfirmen

Zuverdienstfirmen bieten insbesondere chronisch psychisch kranken Menschen die Möglichkeit, stundenweise überschaubare Arbeitsaufträge zu übernehmen.

Werkstätten für Behinderte

Werkstätten für Behinderte (WfB) kommen in Betracht, wenn aufgrund der Art und Schwere der Behinderung eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (noch) nicht möglich ist. Psychisch kranke Menschen nehmen selten von der Möglichkeit der Beschäftigung in einer WfB Gebrauch, da sie zusätzliche Stigmatisierung befürchten und die Arbeitsinhalte und die mangelnde Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung als unpassend empfunden wird (Aktion Psychisch Kranke, 2004).

Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Integrationsfachdienste

Zu den Aufgaben gehören u. a. Beratung über Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Beratung zum beruflichen Wiedereinstieg, sowie Beratung von Arbeitgebern und Vorgesetzten.

Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation speziell für psychisch behinderte Menschen. Sie richten sich an diejenigen, die bereits eine Ausbildung bzw. Berufserfahrung haben. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive und die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke sind außerbetriebliche, überregionale Bildungseinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, die behinderte Menschen, die bereits berufstätig waren, aus- bzw. weiterbilden.

Berufsbildungswerke

Berufsbildungswerke sind Einrichtungen der beruflichen und gesellschaftlichen Rehabilitation, die der erstmaligen Berufsausbildung vornehmlich jugendlicher behinderter Menschen dienen.

28.4 Selbstorganisation

28.4.1 Organisation der Psychiatrieerfahrenen

Die Behandlung und Versorgung in der Psychiatrie ist häufig von Faktoren begleitet oder bestimmt, die die Betroffenen nicht hinnehmen wollen, wie Medikamente, Gewalt, Unverständnis etc. Aus diesem Grund haben sich eine Vielzahl von Projekten gebildet, die versuchen, eine Alternative zu den herkömmlichen Angeboten vorzuhalten. Hierzu gehören Projekte wie das Weglaufhaus, ein antipsychiatrisches Wohnprojekt in Berlin (Wehde, 1991), oder die Nachtschwärmer, ein Nachtcafé mit verschiedenen Einzel- und Gruppenangeboten für Psychiatriebetroffene in Bremen (Hellerich, 2003).

Wenn Menschen als Betroffene in die Psychiatrie geraten, ist es ihnen oftmals nicht möglich, ihre Rechte, Interessen und Bedürfnisse gegenüber dem Personal, den sozialen Diensten, den Beratungsstellen etc. in vollem Umfang zu vertreten. Daher besteht in der Psychiatrie tendenziell eher die Gefahr als in der somatischen Versorgung, dass Patienten durch die Helfer bevormundet werden. Um diesem Problem zu begegnen, wurden verschiedene Angebote entwickelt.

Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen

Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen haben die Aufgabe, Anregungen und Beschwerden von Betroffenen und Angehörigen aufzunehmen, zu prüfen und zur Aufklärung oder Problemlösung beizutragen bzw. weiterführende Maßnahmen zu vermitteln. Die Position der Patientenfürsprecher bzw. Beschwerdestellen ist z. T. gesetzlich vorgeschrieben und manchmal auch geringfügig entlohnt. Während die Patientenfürsprecher oft Psychiatrieerfahrene sind, sind die Beschwerdestellen häufig mit Be-

troffenen, Angehörigen und Professionellen besetzt (Mayer, 2001).

Arbeitskreise Nutzerinteressen/Nutzerkontrolle

Arbeitskreise Nutzerinteressen/Nutzerkontrolle werden häufig im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement eingeführt. Sie sollen die Belange und Interessen der Nutzer einer Einrichtung aufnehmen und an die Qualitätsbeauftragten oder Entscheidungsträger weiterleiten. Die Arbeitskreise haben in der Regel beratende Funktion.

Bundesverband Psychiatrieerfahrener

Der Bundesverband Psychiatrieerfahrener ist eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation, die zum Ziel hat, Betroffene in jeder Hinsicht zu unterstützen, unabhängig davon, ob sie sich innerhalb oder außerhalb von Institutionen befinden. Der Verband unterstützt Alternativen zur herkömmlichen Psychiatrie insbesondere Selbsthilfeprojekte und sieht seine Hauptaufgabe in der Lobbyarbeit für Betroffene. Die gleichen Anliegen werden auch von den Landesverbänden der Psychiatrieerfahrenen verfolgt.

28.4.2 Angehörigenorganisation

Die Angehörigen psychisch kranker Menschen sind auf Bundes- und Landesebene organisiert, um auf breiter Basis der Diskriminierung von Angehörigen und Patienten entgegenzuwirken, um Hoffnung und Selbstvertrauen zu schaffen und Wege zu entwickeln, mit einer seelischen Erkrankung besser leben zu können.

Zu den Aufgaben gehören:

- Einflussnahme auf relevante Gesetzgebung und Politik,
- Aufklärung der Gesellschaft,
- Förderung der Vernetzung,
- kritische Begleitung der Gemeindepsychiatrie,
- Beratung von Einrichtungen und Institutionen zur Verbesserung der Familienorientierung in der Gemeindepsychiatrie,
- Organisation von Tagungen,
- Veröffentlichungen.

28.4.3 Trialog

Die Idee zu **Trialoggruppen** und Psychoseseminaren wurde von Dorothea Buck, einer Psychiatrieerfahrenen und Überlebenden der Nazipsychiatrie, und Thomas Bock, einem Psychologe an der Hamburger Universitätsklinik, entwickelt.

Die Grundidee ist die Begegnung von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen in einem hierarchiefreien Trialog. Hier können die jeweiligen individuellen Erfahrungen der Beteiligten mit Psychosen in ihren unterschiedlichen Phasen, mit ihren Begleiterscheinungen und mit ihrer Behandlung auszutauschen. Häufig haben die Psychoseseminare jeweils vorher festgelegte Schwerpunktthemen für die Sitzungen. Das Ziel des Trialogs ist die Vermittlung eines tiefgreifenderen Verständnisses des jeweiligen Erlebens und eine Verbesserung der Nutzerorientierung in der Psychiatrie.

Voraussetzungen für das Gelingen eines herrschaftsfreien, offenen Austausches sind:

- Erfahrungsaustausch an einem neutralen Ort (Volkshochschule, Kirchengemeinde etc.).
- Das Prinzip der »gleichen Augenhöhe« setzt voraus, dass sich alle beteiligten Gruppen als Experten respektieren (Professionelle sind Experten durch Ausbildung, Angehörige und Psychiatrieerfahrene sind Experten durch Erfahrung).
- Alle Beteiligten sollten aus eigenem Interesse mit Neugier auf die Erfahrungen der anderen teilnehmen.
- Nicht nur die Betroffenen sind gefordert, von ihren Erfahrungen, Befürchtungen und Ängsten zu berichten, sondern ebenso die Angehörigen und Professionellen.
- Es muss gewährleistet sein, dass alles, was gesprochen wird, auch in dem Raum bleibt.

28.5 Kooperation

In allen Bundesländern sind bei den Landesbehörden Psychiatriereferate eingerichtet, die die Planung und Koordination der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (z. T. sind auch Suchtkrankenhilfe und Maßregelvollzug einbezogen) begleiten und initiieren sollen. Auf kommunaler Ebene sind hierfür häufig Psychiatriekoordinatoren eingesetzt.

Zur Organisation der Kooperation und Koordination sind Arbeitskreise eingerichtet. Dazu zählen:

- *Psychosoziale Arbeitskreise* (PSAK), an denen alle psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen, psychologischen Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsdienste eines Standardversorgungsgebietes, sowie die am Rande und im Vorfeld tätigen sozialen Dienste beteiligt sind.
- Der *gemeindepsychiatrische Verbund* als Zusammenschluss von Leistungsanbietern, die für einen definierten räumlichen Sektor durch den Aufbau fachlich vernetzter Angebote die Versorgung psychisch kranker Menschen in allen Stadien der Erkrankung sicherstellen sollen. Mitglieder sind:
  - das für die Region zuständige Krankenhaus/Behandlungszentrum,
  - Träger der außerklinischen Eingliederungshilfe,
  - die zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienste,
  - Betroffene und Angehörige,
  - ggf. öffentlicher Gesundheitsdienst,
  - möglichst auch niedergelassene Nervenärzte, Pflegeeinrichtungen, Träger von beruflicher Rehabilitation.

Die Kooperationspartner schließen verbindliche Übereinkünfte über die Zusammenarbeit ab. Die erarbeiteten Ergebnisse werden regelmäßig den zuständigen kommunalen Gremien bzw. Landesbehörden berichtet.

Überprüfen Sie Ihr Wissen!

- Beschreiben Sie die Prinzipien der Gemeindepsychiatrie! ▶ Kap. 28.1
- Stellen Sie die Vorteile und Probleme einer zunehmenden Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung dar! ▶ Kap. 28.1
- Beschreiben Sie die Kernbausteine gemeindepsychiatrischer Versorgung und deren wichtigsten Aufgaben! ▶ Kap. 28.2
- Beschreiben Sie die verschiedenen Formen der Nutzerbeteiligung in der Psychiatrie und vergleichen Sie diese mit ihrer beruflichen Praxis! ▶ Kap. 28.4

Literatur

Aktion psychisch Kranke e.V. (Hrsg) (2004) Individuelle Wege in das Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesbehörden (2003) Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Chemnitz [Download: www.berlin.de/SenGesSozV/psych/doku/bericht25jpsychiatrie.pdf]

Brenner HD, Jungjohan U, Pfamatter M (2000) Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. In: Der Nervenarzt 71: 691

Brill KE (1992) Grundrecht Wohnen – Ein Bett ist keine Wohnung. In: Bock T, Weigand H (Hrsg) Hand-werks-buch-Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 101

Bühig M (2002) Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Vom Psychiatrischen Zentrum zur Abteilungs- und Sektorversorgung. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H (Hrsg) Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund/Aktion Psychisch Kranke. Psychiatrie-Verlag, Bonn 124

Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200

Dörner K (1996) Kieselsteine, Ausgewählte Schriften. Jakob van Hoddis, Gütersloh

Dörner K, Plog U (1985) Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Heim S (2001) Öffnen, nicht abschaffen! Im Heim daheim sein (dürfen). In: Soziale Psychiatrie 93: 22

Hellerich G (2003) Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Hopfmüller E (2003) Das ganze System in Frage stellen … In: Soziale Psychiatrie 100: 14

Jahoda M (1993) Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Beltz, Weinheim

Kruckenberg P (2002) Zielorientierte Behandlung und ressourcenschonende Steuerung: Zum Potenzial von Steuerungsstandards auf der Grundlage der Psych-PV. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H (Hrsg) Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund/Aktion Psychisch Kranke. Psychiatrie-Verlag, Bonn 46

Kunze H (2002) Wandel durch Annäherung: Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H (Hrsg) Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund/Aktion Psychisch Kranke. Psychiatrie-Verlag, Bonn 16

Mayer E (2001) Nutzermitbestimmung in der psychiatrischen Arbeit – Patientenstärkung durch Teilhabe, in: Knuf A, Seibert U (Hrsg) Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn 228

Mayer KU, Baltes PB (1996) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin

Melchinger H (1999) Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes »Ambulante

Rehabilitation psychisch Kranker« der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Nomos, Baden-Baden
Morris M (2004) Modelle und Theorien der Pflege. In: Utschakowski J (Hrsg) In der Gemeinde. Mit der Gemeinde! Ein praktisch-theoretisches Handbuch, Initiative zur sozialen Rehabilitation. Eigenverlag, Bremen
Saß H (2001) Entwicklung der psychisch-psychotherapeutischen Versorgung aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Psychiatrie-Verlag, Bonn 69
Schernus R (2003) Barrieren überwinden. In: Soziale Psychiatrie 100: 8
Thiede H (2004) Es gilt einfallsreich, flexibel und ausdauernd zu sein: Erste Erfahrungen bei der Umsetzung der Soziotherapie. In: Psychosoziale Umschau 2: 11
Wehde U (1991) Das Weglaufhaus: Zufluchtsort für Psychiatriebetroffene; Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme. Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin

Glossar

Abhängigkeitserkrankungen charakteristisch für eine Abhängigkeitserkrankung ist das Auftreten von Entzugssymptomen nach Absetzen der Substanz

Abhängigkeitspotenzial Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung bei Substanzgebrauch bzw. Substanzmissbrauch

Abstinenzentscheidung Entscheidung einer Person, zukünftig alkoholfrei zu leben

Abwehrmechanismen psychoanalytischer Begriff, der unbewusst ablaufende Reaktionen bezeichnet, die das »Ich« zur Abwehr unerwünschter Triebimpulse des »Es« entwickelt

Acetylcholin ein enzymatisch reguliertes Gewebshormon im menschlichen Körper

Acetylcholinesterase-Hemmer »Blocker« des Acetylcholinabbaus

Affekt zeitlich begrenzter, mehr oder weniger spannungsreicher, aus Einzelgefühlen zusammengesetzter Zustand des Gefühlslebens

affektive Störungen Störungen in der Stimmung; die Betroffenen sind entweder übermäßig freudig erregt oder übermäßig niedergeschlagen, ohne dass eine organische Ursache erkennbar ist

Affektivität Gesamtheit der Gefühlsregungen, Stimmungen und des Selbstwertgefühls eines Menschen

agitiert unruhig

Akathesie Bewegungsunruhe

Aktionismus betriebsames, unreflektiertes, oft ziellos Handeln ohne Konzept

Altruismus Eigenschaft der Uneigennützigkeit oder Selbstlosigkeit

Ambivalenz Unfähigkeit, sich zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu unterscheiden

ambulante psychiatrische Pflege psychiatrische Pflegedienste, mit der Aufgabe stationäre Behandlung zu vermeiden oder zu verkürzen

Amnesie vollständiger oder teilweiser Gedächtnisverlust, meist in Folge einer hirnorganischen Traumatisierung oder im Rahmen einer abnormen Erlebnisreaktion

Amygdala Mandelkern

analoge Kommunikation unmittelbare Informationsübermittlung

Angst Erregungszustand, der auf die Erwartung von physischer oder psychischer Bedrohung zurückgeht

Angsttraining auch Angstmanagementtraining; Überbegriff für verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken, die zur Behandlung chronischer Angst eingesetzt werden

Anpassungsprozess Prozess eines Vorgangs, der als Herstellung des Gleichgewichts zwischen Individuum und seiner sozialen und physikalischen Umwelt gedeutet wird

Archetyp Urtyp

Ätiologie in der Medizin Begriff für die Ursache einer Krankheit

Atypika Neuroleptika der zweiten Generation, die praktisch kein Parkinsonid auslösen

Aufmerksamkeit Tatsache, dass Menschen Informationen gezielt auswählen, ihre geistige Anstrengung unter einer Zielsetzung bündeln und nicht Dazugehöriges außer Acht lassen

Aura von bestimmten Sinnesempfindungen begleitetes Gefühl vor epileptischen Anfällen

Authentizität eine als authentisch bezeichnete Person wirkt besonders echt, das heißt, sie vermittelt ein Bild von sich, das beim Betrachter als real, unverbogen, ungekünstelt wahrgenommen wird

Autismus beeinträchtigte Entwicklung im Bereich der sozialen Interaktion

aversiv Abwehr hervorrufend

Axiom eine eindeutige Aussage (als wahr angenommener Grundsatz), der nicht gesondert begründet werden muss bzw. kann

Bedarfsgemeinschaft Gemeinschaft derer, deren Bedarf gemeinsam ermittelt wird

Bedeutsamkeit von Antonovsky definierte Teilkomponente des Konzepts Kohärenzgefühl

Benchmarking Ergebnisse, Strukturen und Prozesse werden mit verwandten Unternehmen verglichen; Ziel ist die Suche nach den besten Vorgehensweisen und das Lernen daraus; beim internen Benchmarking findet der Vergleich unter Abteilungen einer Organisation statt

Benzodiazepine am weitesten verbreitete Substanzen aus der Wirkgruppe der Tranquilizer; Einsatz als Beruhigungsmittel, Ein- oder Durchschlafhilfe und Angstlöser; es besteht die Gefahr der Suchtbildung

Best Practices durch ausgesprochen bewährte Methoden und Verfahren (Managementverfahren, kostengünstige Technologien u.a.) wird ein Unternehmen für andere zum Musterbetrieb

Betreutes Wohnen rehabilitatives Angebot zur Vermeidung von Heimaufenthalten und Integration in die Gemeinde

Betreuung gesetzliche Vertretung eines Volljährigen, der aufgrund von Krankheit oder Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann

Bewältigungsstil Art der Krankheitsbewältigung

Bewusstlosigkeit Fortfall jeglicher Möglichkeiten des Erlebens und Handelns im Umwelt-, Körper- und Selbstbezug

Bewusstsein bezeichnet die Gesamtheit und den Ausdruck aller unserer gegenwärtigen psychischen Vorgänge; es beschreibt die Fähigkeit, sich mittels, Beobachtung, Urteil und Verhalten im Vergleich zu seiner Umwelt zu erleben

Bewusstseinseinengung bei der Bewusstseinseinengung ist das Denken und Handeln des Patienten verlangsamt und die Orientierung eingeschränkt

Bewusstseinskontext kann durch eine Kombination dreier Sachverhalte beschrieben werden: 1. die Information, die der Patient über die Möglichkeit seines bevorstehenden Todes vom Personal erhält, 2. das Bewusstsein des Patienten darüber, dass er möglicherweise bald sterben wird, 3. die Tatsache, dass der Patient sein Wissen gegenüber dem Personal offenbart

Bewusstseinsstörungen, qualitative Veränderungen der Bewusstseinsinhalte und der Art und Weise des Erlebens

Bewusstseinsstörungen, quantitative graduelle Abstufung der Bewusstseinshelligkeit

Biographiearbeit das Sammeln und Zusammenfügen von Puzzleteilen aus dem sich allmählich auflösenden Bild der Lebensgeschichte, sodass der Kranke nicht mehr als unbeschriebenes Blatt erscheint

Burn-out-Syndrom Zustände emotionaler, geistiger und körperlicher Erschöpfung als Folge von lang anhaltendem Stress und Frustration, ohne dass Möglichkeiten erkannt werden, dazu auf Abstand zu gehen

Chronifizierung Bestehen leichter oder schwerer Symptome, eingeschränkte Kompetenzen

Co-Abhängigkeit Verhaltensweisen des Umfeldes (Familie, Kollegen, Helfer) die geeignet sind, die Suchterkrankung eines Menschen zu stabilisieren bzw. zu verlängern

Compliance Absprachefähigkeit/Absprachebereitschaft, z. B. zuverlässige Medikamenteneinnahme, Einhalten von Terminen zur Therapie

Coping Bewältigungsmechanismen und Strategien im Umgang mit Anforderungen, Belastung und Krankheit

Déjà-vu-Erlebnisse Form der Erinnerungstäuschung, bei der die Überzeugung besteht, eine momentane Situation schon einmal gesehen oder erlebt zu haben

delinquent verbrecherisch

Delir unspezifische Funktionsstörung des Gehirns mit fluktuierender Bewusstseinslage, Desorientiertheit und ggf. Wahrnehmungsstörungen

demenzielles Syndrom erworbene Gedächtnisstörung mit Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (mindestens 6 Monate bestehend)

Denken geistige Tätigkeit, die darauf ausgerichtet ist, Bedeutungen zu erkennen und Beziehungen herzustellen; gemeint ist eine Form der Informationsverarbeitung, die alle Vorgänge zusammenfasst, die aus einer aktiven inneren Beschäftigung mit Vorstellungen, Erinnerungen und Begriffen eine Erkenntnis zu formen suchen

Depression gedrückte, pessimistische, hoffnungslose und niedergeschlagene Stimmungslage; hinzu kommen häufig Antriebsminderung, Angst, Selbsttötungsneigung und ein vermindertes Selbstwertgefühl; in seiner stärksten Ausprägung kommt es zu einem Gefühl der inneren Leere, einem Gefühl der »Gefühllosigkeit«

Desorientiertheit Zustand, bei der ein Patient verwirrt ist hinsichtlich der Zeit, des Ortes und/oder der eigenen Identität oder auch der Identität anderer Personen oder Objekte; kann vorübergehend oder in schweren Fällen permanent auftreten

dialogisch in wechselseitiger Beziehung stehend

digitale Kommunikation Kommunikation über »Symbole« (z. B. Sprache); der Sinn einer Mitteilung wird z. B. in Worte gefasst und bedarf zum Verständnis einer Rückübersetzung

dissoziativer Stupor psychischer und körperlicher Erstarrungszustand, bei dem jegliche psychische oder körperliche Aktivität fehlt

dissoziiert/dissoziativ Trennung von Bewusstsein und Denkfunktionen

Doppelbindung die Doppelbindungstheorie wurde im Zusammenhang mit der Erforschung schizophrener Erkrankungen entwickelt; sie beschreibt die lähmende, weil doppelte Bindung eines Menschen an eine paradoxe Botschaft, die sich mit widersprechenden Handlungsaufforderungen auf unterschiedlichen Ebenen der Kommunikation (Inhaltsebene/Beziehungsebene) an ihn richtet

Drehtürpsychiatrie wiederholte Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik innerhalb kurzer Zeit

DRGs Diagnosis related Groups/Fallpauschalen; jeder Patient wird genau einer DRG (Fallgruppe) zugeordnet; wesentliche Faktoren zur Eingruppierung sind Alter, Geschlecht, Haupt- und Nebendiagnose sowie durchgeführte Prozeduren

dysfunktionale Familie in ihrer Interaktion und Kommunikation gestörte Familie

Eigenes eine Kultur oder Lebensweise wird dann als »eigene« bezeichnet, wenn die Kontextbedingungen ein Routinehandeln im Alltag ermöglichen, das für alle beteiligten durch Plausibilität, Sinnhaftigkeit und »Normalität« charakterisiert ist

Einwilligungsfähigkeit der Einwilligende muss aufgrund seiner natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs erkennen können

Ejaculatio praecox Form der sexuellen Störung des Mannes, die zu einem vorzeitigen Samenerguss während des Geschlechtsverkehrs führt

Elektrokrampftherapie Herbeiführen eines Krampfanfalles durch einen Stromstoß

Emotion Reaktion des gesamten Organismus, die bewusstes Erleben, Ausdrucksverhalten und die physiologische Erregung beinhaltet

Empathie Einfühlungsvermögen; damit gemeint ist die Fähigkeit des sich Hineinversetzens (der Identifikation) in eine andere Person, deren Gefühle zu teilen und ihr Verhalten nachzuvollziehen

endogen von innen kommend und nicht von außen zugeführt

Enkodieren Verarbeitung von Informationen zur Eingabe in ein Gedächtnissystem

Entziehungsanstalt Einrichtung, in der suchtmittelabhängige Straftäter nach § 64 StGB untergebracht werden

Enzephalopathie Sammelbegriff für krankhafte Veränderungen des Gehirns

Episode vorübergehende, völlig rückbildungsfähige Phase einer psychischen Störung

Erstmanifestation Ersterkrankung/Erstdiagnose

Essstörungen Essstörungen lassen sich als Fehlregulationen der Impulskontrolle beschreiben; entweder wird dem Essdrang zügel- und hilflos nachgegeben oder durch ein Übermaß an Kontrolle werden Gefühle von Euphorie und Macht erzeugt.

Evaluationsforschung Gegenstand definieren (was), Bewertungskriterien identifizieren (was bewerten), Akteure benennen (wer), Evaluationsdesign entwickeln (wie bewerten)

explizit ausdrücklich, deutlich, klar; ausführlich und differenziert

externale Kontrollüberzeugung Überzeugung, dass das eigene Schicksal vom Zufall oder von anderen Personen bedingt ist

extramural außerhalb stationärer psychiatrischer Institutionen

Fassadenverhalten Versuche, durch bestimmte Verhaltensweisen, psychische und physische Beeinträchtigungen vor der Umwelt zu kaschieren

flash back traumabezogenes Erinnerungsbild, das als real empfunden wird

floride Phase akute, spezifisch psychotische Krankheitsphase

fokussieren Auswählen eines Aspektes und dabei bleiben

Freiheitsberaubung einen Menschen daran hindern, sich frei fortzubewegen

fremd die Bezeichnung weist auf den Bezug zum Standpunkt des Betrachters hin, da ohne das Eigene es auch das Fremde nicht geben würde

Frühdyskinesie unwillkürliche Muskelbewegungen zu Beginn der Medikamenteneinstellung, bei Absetzen der Medikamente reversibel

GAF-Skala Skala zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus eines psychisch erkrankten Menschen

Gamma-Alkoholismus Form der Alkoholkrankheit, deren zentrales Merkmal der Kontrollverlust ist

Gedächtnis Fähigkeit des Menschen, Informationen aufzunehmen, zu speichern und wiederzugeben

Gegenübertragung Form der Übertragung, bei der eine Person auf die aus den Übertragungsphänomenen einer anderen Person hervorgehenden Handlungen und Äußerungen reagiert und ihrerseits ihre eigenen Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche auf diese lenkt und entsprechend handelt

generalisierte Widerstandsressourcen von Antonovsky beschriebenes allgemeines Repertoire an Strategien zur Bewältigung unterschiedlichster Herausforderungen

Gestaltpsychologie Gestaltpsychologie betrachtet das Erleben (vor allem in der Wahrnehmung) als eine »Ganzheit«, die auf einer bestimmten Anordnung der ihr zugrunde liegenden Gegebenheiten beruht

Gesundheitsbewusstsein subjektive Vorstellungen und Überzeugungen bezüglich Gesundheit, die das gesundheitsbezogene Verhalten beeinflussen

Gesundheitshandeln subjektives, bewusstes und zielgerichtetes Handeln im Sinne eines fürsorglichen Umgangs mit sich selbst und der eigenen Gesundheit

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum Gesundheit und Krankheit, verstanden als entgegengesetzte Pole eines multidimensionalen Kontinuums

Grounded Theory gegenstandsbezogene Theoriegenerierung (das Prinzip des theoretischen Samplings), d. h. Entwicklung einer Theorie auf der Basis empirischer Daten; eine Methodologie und ein Stil, analytisch über soziale Phänomene nachzudenken

Grundsicherung für Arbeitssuchende Oberbegriff für alle Leistungen des SGB II

Gruppe Anordnung von mehr als zwei Menschen, die miteinander interagieren, ein gemeinsames Ziel verfolgen und sich als »Wir« wahrnehmen

Gutachten wird von einem in der Psychiatrie erfahrenen Arzt oder Psychologen erstellt

Handhabbarkeit von Antonovsky definierte Teilkomponente des Konzepts Kohärenzgefühl

Handlungsautonomie Möglichkeit, innerhalb eines vereinbarten Rahmens, nach eigenem Wunsch und Ermessen, aufgrund seiner erworbenen Fähigkeiten, eigenverantwortlich zu handeln

Helferhaltung Haltung des Helfers die darauf ausgerichtet ist, dem Hilfeempfänger zu Wachstum und Autonomie zu verhelfen

Helfersyndrom schädliches und unprofessionelles Helfen, das geprägt ist von Aufopferung für den Patienten und von Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Heterogenität Uneinheitlichkeit

Hospitalismus körperliche und seelische Störungen, die durch einen längeren stationären Aufenthalt hervorgerufen werden

Humanistische Psychologie die Humanistische Psychologie versteht sich als dritte Kraft neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus

hyperarousal übermäßige Erregung

Hypersensitivität Überempfindlichkeit

hyperventilieren gesteigerte Atmung im Verhältnis zum eigentlich erforderlichen Gasaustausch des Körpers; kann psychogen verursacht sein

Hypoxie Sauerstoffmangel im Blut oder im Gewebe von Organismen

ICD internationales Klassifikationssystem für organische Erkrankungen und psychische Störungen

Ideenflucht starke Beschleunigung des Gedankenablaufs; die Gedanken unterliegen keiner Kontrolle mehr; das Denken ist sprunghaft, flüchtig und dauernd unterbrochen, es ist geprägt von Oberflächlichkeit und ständig wechselnder Zielrichtung

Identifikation Vorgang, sich in einen anderen Menschen einzufühlen; es kommt zu einem Prozess, in dessen Verlauf sich ein Individuum durch emotionale Bindung mehr oder weniger unbewusst in Menschen hineinversetzt, um deren Handeln oder Denken in Teilen zu übernehmen oder sich vorzustellen

Identifizierung sich mit einem anderen gleich setzen

Identität eine auf relative Konstanz von Einstellungen und Verhaltenszielen beruhende, relativ überdauernde Einheit in der Betrachtung seiner selbst

oder anderer; Bezeichnung für eine größtmögliche Übereinstimmung zweier unterscheidbarer Größen

Image das innere Bild, das sich eine Person z. B. von einer Organisation macht; Synonyme sind das Ansehen, das Renommee oder der Ruf

implizit mit enthalten (ohne ausdrücklich gesagt zu sein), logisch zu erschließen

inkohärent unzusammenhängend

inkongruent nicht übereinstimmend, sich nicht deckend

Institutsambulanz ambulantes Angebot psychiatrischer Kliniken für Menschen, die den stationären Rahmen nicht brauchen, aber aufgrund der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung von niedergelassenen Nervenärzten nicht angemessen versorgt werden können

Integrationsfachdienst Beratungsangebot zur beruflichen Integration

integrierte Behandlung und Versorgung Kooperation und Verzahnung der unterschiedlichen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangebote

Interaktion das Handeln der Menschen untereinander, z. B. miteinander sprechen

interdependent voneinander abhängend

Interdisziplinarität gemeinsames Denken aller am Team beteiligten Berufsgruppen, also das Entstehen einer ganzheitlichen Anschauung durch die Verschmelzung der verschiedenen Wahrnehmungsaspekte

internale Kontrollüberzeugung die Überzeugung, dass man das eigene Schicksal bestimmen kann

interpersonal zwischen zwei od. mehreren Personen (ablaufend)

Interrollenkonflikte im Widerspruch befindliche Erwartungen an eine unterschiedliche Rollen auskleidende Person

Katatonie ausgeprägte Störung der Willkürmotorik, im Sinne einer Bewegungsstarre als katatoner Stupor

Kings Pflegemodell 1. die systemtheoretischen Grundlagen und 2. die Theorie der Zielerreichung

Klassifikation psychische Phänomene werden in Klassen eingeteilt, um eine systematische und kommunizierbare Ordnung zu schaffen; eine Klasse bezeichnet die Gesamtheit von Elementen mit gemeinsamen Merkmalen; eine Diagnose ist die Zuordnung eines einzelnen Phänomens oder Falls zu einer Klasse; Klassifikationssysteme sollten umfassend, ökonomisch, reliabel und valide sein; gängige Klassifikationssysteme sind z. B. ICD-10 oder das AMDP-System

Klassische Konditionierung von Pawlow beschriebener Lernmechanismus, bei der ein Organismus Reize koppelt; ein neutraler Reiz wird durch wiederholte Darbietung mit einem unkonditionierten Reiz, auf den eine Reflexreaktion folgt, verbunden; danach löst der ursprünglich neutrale Reiz allein die Reaktion (ursprünglich Reflexreaktion) aus

Kohärenzgefühl zentrales Konzept innerhalb des Salutogenesemodells von Antonovsky: tief verankerte Überzeugung, dem Leben und sich selbst vertrauen zu können

Koma Zustand der tiefen Bewusstlosigkeit mit Erlöschen der Eigen- und Fremdreflexe

Komorbidität Begleiterkrankung, die zu einer höheren Fallschwere führen kann

komplementär Verhältnis zweier sich gegenseitig ausschließender, sich aber ergänzender Begriffe (z. B. männlich/weiblich); vollstationäre Angebote ergänzende, in der Regel rehabilitative Angebote

Konditionierung Aufbau von psychischen und organischen Bedingungen für Reaktionen

Konfabulation Bezeichnung für eine Variation der Unwahrheit, ohne die bewusste Absicht der Lüge

Konflikt Folge von wahrgenommenen Differenzen, die gegenseitig im Widerspruch stehen und eine Lösung erfordern; intrapersoneller Zustand von nach Lösung drängender Spannung, der durch gleichzeitig auftretende sich widersprechende Bedürfnisse, Absichten, Motive und Ereignisse ausgelöst wird

kongruent deckungsgleich; die Kongruenz ist eine strengere Form der Ähnlichkeit

Kontinuum etwas Dauerndes, Durchgängiges, ohne Unterbrechung

Konzentration Fähigkeit, eine Aufgabe über einen definierten Zeitraum sorgfältig und zügig auszuführen

körperliche Misshandlung übles, unangemessenes Behandeln, durch die das Opfer in seinem körperlichen Wohlbefinden nicht unerheblich beeinträchtigt wird

Krankheitsbewältigung das Bemühen, Belastungen durch eine Krankheit innerpsychisch oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen oder zu verarbeiten

Krankheitsmodell, biomedizinisches seit Beginn des 19. Jahrhunderts vorherrschendes, naturwissenschaft lich geprägtes Modell, das Krankheit als Störung eines maschinell funktionierenden Organismus beschreibt und entsprechend Defekte auf biologischer bzw. physikalischer Ebene zu beheben versucht

Krankheitsmodell, biopsychosoziales Krankheitsmodell des Sozialmediziners und Psychiaters G. L. Engel, das neben biologischen auch psychologische und soziale Krankheitsfaktoren berücksichtigt

Krankheitswert eine Störung erlangt Krankheitswert, wenn die betroffene Person deutlich unter der Symptomatik leidet und/oder durch die Symptomatik eine Leistungseinschränkung in einem oder mehreren Funktionsbereichen erfährt

Krise besonderes Missverhältnis zwischen der äußeren Situation und den inneren Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen

Kultur es gibt keinen allgemein gültigen Kulturbegriff; jede Beschreibung von Kultur ist stets auch selbst eine Beschreibung des gesellschaftlichen Kontextes, vor dem dieser begriff erklärt wird; Kultur wird von THOMAS verstanden als ein Orientierungssystem, das aus spezifischen Symbolen wie Sprache, Gestik, Mimik, Kleidung, Ritualen usw. besteht und in der jeweiligen Gesellschaft oder Gruppe weitergegeben wird; das Orientierungssystem definiert für alle Mitglieder die Zugehörigkeit zur Gruppe und beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller

Kundenzufriedenheit sieht der Kunde seine Erwartungen an eine Leistung als erfüllt, ist er zufrieden; die Kundenzufriedenheit dient als Indikator für die Qualität von Kundenbindungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement.

Kurzzeitgedächtnis Gedächtnis, das Informationen für kurze Zeit festhält, mit dem Zweck der späteren Speicherung oder des Vergessens

Langzeitgedächtnis relativ zeitüberdauernder Speicher des Gedächtnissystems

Legasthenie unterdurchschnittliche Fähigkeit, Lesen zu lernen bei mindestens durchschnittlicher Intelligenz

leichte kognitive Störung leichte Gedächtnisstörung ohne Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens

Lern- und Konditionierungsprozess ein Lernprozess bezeichnet eine relativ dauerhafte Veränderung von Reaktionen im Verhalten und Erleben; bei Konditionierungsprozessen handelt es sich um einen bestimmten Lernprozess, bei dem erlernt wird, dass bestimmte Reize verantwortlich sind für die Auslösung bestimmter Verhaltensweisen

lern- und verhaltenspsychologische Theorie Grundlage für die Verhaltenstherapie; sie erklären Lern-

prozesse und Anpassungsprozesse des Menschen an seine soziale und materielle Umwelt; allen Lerntheorien ist gemein, dass sie die empirischen Zusammenhänge zwischen Reizen und Reaktionen beschreiben

Lernen Erfahrungen führen zu dauerhaften Veränderungen im Wissen, dem Verhalten oder in den Überzeugungen einer Person

linear-deterministischer Prozess Prozess, der dadurch gekennzeichnet ist, dass alle Einflüsse in eindeutigen und wechselseitigen Abhängigkeiten bestehen; im Gegensatz zu zirkulär-chaotischen Prozessen erlauben linear-deterministische eindeutige Vorhersagen

Manie Bezeichnung für ein Zustandsbild, das durch das Vorherrschen einer unbegründet heiteren, Stimmungslage und einem gesteigerten körperlichen Antrieb gekennzeichnet ist; Steigerung bis hin zu enthemmter Fröhlichkeit und raschem Wechsel zu Zorn und Tobsucht ist möglich

manifest eine Störung wird manifest, wenn sie erkennbar oder sichtbar wird

Maßregelvollzugsgesetz (MRVG) ein Ländergesetz; regelt die Unterbringung zur Besserung und Sicherung von Straftätern in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt

MDC Major Diagnostic Category/Hauptdiagnosegruppe; eine grobe Einteilung einer Erkrankung, die sich in der Regel an den Körperregionen orientiert

Mediation Verfahren zur Regelung von Konflikten in Familie, Partnerschaft, Schule, Politik und Umwelt sowie in Wirtschaftsunternehmen bzw. Organisationen

Metaparadigma der Pflege Person, Umgebung, Gesundheit und Pflege

MI Motivation Interviewing (nach Miller/Rollnick); direktives klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen

Milieu Beschreibt die Umwelt, in der ein Individuum aufwächst; dazu gehören äußere Umgebungsfaktoren sowie Normen, Gesetze, Bildung und Wertvorstellungen; Sinus Milieu: aus der Marktforschung kommender Begriff für die Zusammenfassung von Menschen, die sich in ihrer Lebensauffassung und Lebensweise ähneln

Milieugestaltung man unterscheidet zwischen einem globalen und einem individuellen Milieu; das globale Milieu orientiert sich an den jeweiligen Zeitumständen, das individuelle Milieu ist am Einzelschicksal des Bewohners orientiert; grundsätzlich gilt für die Gestaltung beider Milieus das Normalisierungsprinzip

Modelllernen Beobachten und Nachahmen eines Verhaltens von anderen Personen

monoepisodisch einmaliges Auftreten einer psychischen Krankheit mit vollständiger Heilung

Motivation aktivierende Prozesse, die für ein Verhalten bestimmend sind

motorisch zum Bewegungsapparat gehörig

Multidisziplinarität Beteiligung von Berufsgruppen verschiedener Fachrichtungen bei der Bewältigung einer bestimmten Aufgabenstellung mit ihren jeweiligen Methoden

multimodal viele Techniken gleichzeitig einsetzend

multiple Situationsphobie andere Bezeichnung für Agoraphobie; Ängste vor einer Vielzahl von Situationen, die entweder vermieden oder nur mit großem Unbehagen ertragen werden können

narratives Interview Erfassung der Erfahrungsbildung im Alltag geprägt durch den Einfluss der Phänomenologischen Soziologie sowie den Symbolischen Interaktionismus

Narzisst Mensch, der nur auf sich selbst bezogen ist

Neologismen Bezeichnung für Wortneuschöpfungen bzw. für den Gebrauch von Wörtern in nicht üblichem Zustand

neurotische Störungen psychisch bedingte Störungen, für die keine nachweisbare organische Verursachung vorliegt und man vielmehr davon ausgeht, dass diese Störungen lebensgeschichtlich bedingt sind

Nootropika Arzneimittel, denen eine günstige Beeinflussung auf die Hirnfunktionen zugeschrieben wird

Nosologie Klassifizierung von Erkrankungen bzw. Störungen auf der Grundlage systematischer Beschreibungen von Symptomen und Verlaufsmerkmalen

Objektivität Ergebnis z. B. eines Tests ist unabhängig vom Testanwender

operante Konditionierung Lernmechanismus, nach dem ein Verhalten zunimmt, wenn es belohnt wird und abnimmt, falls es bestraft oder nicht belohnt wird

oppositionell sich entgegenstellend; aufsässig

Orems Pflegemodell 1. die Theorie der Selbstpflege, 2. Theorie des Selbstpflege-Defizits und 3. das Pflegesystem

Orientierung Wissen um die Zeit, den Ort, die Situation und die eigene Person

paranoid übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen, sowie Neigung, Erlebtes zu verdrehen oder schicksalhafte Ereignisse persönlich zu nehmen; neutrale und freundliche Handlungen anderer werden als feindlich oder verächtlich missdeutet: auf unberechtigten Verdächtigungen und auf eigenen Rechten wird starrsinnig und streitsüchtig bestanden; Reaktionen reichen von hilfloser Resignation bis hin zu kämpferischer Wut

pathologisch zum Leiden gehörig, krankhaft

Personalentwicklung alle qualifizierenden Maßnahmen, mithilfe derer die individuellen Fähigkeiten der Mitarbeiter in ihrem derzeitigen oder zukünftigen Arbeitsbereich gefördert werden sollen

Personen-Rollen-Konflikt diese Art von Konflikt liegt dann vor, wenn die Aufgabe mit den Werten, Motiven und Einstellungen des Rollenträgers unvereinbar zu sein scheint; das heißt, dass die Rollenerwartungen des Systems nicht mit den eigenen Werten in Einklang zu bringen sind

Persönlichkeitsstörung tief verwurzeltes Fehlverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten; die – zumeist »unreifen« – Persönlichkeitszüge sind unflexibel und unangepasst

Perspektivenübernahme den Blickwinkel eines Anderen einnehmen können

Pflichtversicherungsgrenze Jahresarbeitsentgeltgrenze, wird jährlich neu festgelegt

Phasenprophylaktika Medikamente, welche die Stimmung stabil halten – manische und depressive Phasen möglichst verhindern

Phobie das Beziehen von Ängsten auf bestimmte Situationen oder Objekte

postakute Phase nach Abklingen der akuten Krankheitsphase, Weiterbestehen der Negativsymptome

posttraumatisch nach einem traumatischen Erlebnis

Pragmatik eine linguistische Disziplin, die sprachliches Handeln und die Verwendung von Sprache erforscht; Sprache wird nicht als ein System von Zeichen verstanden, sondern es wird untersucht, wie und zu welchen Zwecken Sprache gebraucht wird

präoperativ vor der Handlung

Prodromalphase nicht psychotische Dekompensationsphase

Prognose Aussage über den wahrscheinlichen Verlauf einer Störung

Projektion gilt in der Psychoanalyse als Abwehrmechanismus; tabuisierte Gefühle und Triebimpulse werden, zur Abwehr eigener Schuldgefühle, auf andere Personen oder Dinge übertragen

Projektionsfläche Person oder Gegenstand, in die Gefühle, Eigenschaften und Wünsche einer anderen Person durch diese hineingelesen werden

Pseudologia Phantastica Auffüllen von Erinnerungen durch Hinzudichten und freies Erfinden; häufig ist es so, dass die Grenze zwischen tatsächlich Erlebtem und Erfundenem sowohl für Außenstehende als auch für den Patienten selber verschwimmt

Psychiatrieenquete Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

psychodynamisch Auswirkungen innerseelischer Prozesse auf das Erleben und Verhalten des Menschen; Psychodynamik beschreibt die Auswirkungen seelischer Prozesse auf das Bewusstsein und das Unterbewusstsein

psychodynamische und psychoanalytische Theorien befassen sich mit den Auswirkungen unbewusster psychischer Prozesse auf das Fühlen, Denken und Handeln; die Psychoanalyse ist eine durch Sigmund Freud begründete Methode für die Therapie psychischer Störungen; im Rahmen der Therapie wird versucht, Widerstände, Übertragungen sowie verdrängte Konflikte des Patienten durch Deutung offen zulegen und damit aufzulösen

Psychoedukation Informierung und Anleitung von Patienten und Angehörigen, um ein besseres Verständnis für die Krankheit, die Behandlung und den selbstverantwortlichen Umgang zu fördern und Krankheitsbewältigung zu verbessern

Psycho-Instanzen-Modell Drei-Instanzen-Modell; Freuds Theorie zufolge setzt sich die Struktur der Psyche eines Menschen aus drei Teilen (Instanzen) zusammen, dem Es, dem Ich und dem Über-Ich

Psychologie Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen

psychosomatisch bedeutet, dass unverarbeitete seelische Konflikte und psychische Belastungen, wie z. B. längerfristige Auseinandersetzungen mit unlösbar erscheinenden Konflikten oder Lebensfragen sich in Form körperlicher Beeinträchtigungen oder Erkrankungen ausdrücken

psychosoziale Funktionen erworbene und angeborene psychische und physische Fähigkeiten, mit seiner Umwelt in Beziehung zu treten

psychotrop auf die Empfindungen und Gefühle wirkend

Regressionen allgemeine Bezeichnung für Rückgriff auf ein früheres Entwicklungsstadium; in der Psychoanalyse beschriebener Abwehrmechanismus, der das unbewusste Wiederauftreten von in der Entwicklung bereits durchlaufener Phasen oder Stadien meint, entweder um einer belastenden Situation auszuweichen oder zwecks Schutz vor seelischen Konflikten

Reiz Stimulus; ein Reiz löst nach dem Verständnis klassischer Lern- und Konditionierungstheorien ein Verhalten bzw. eine Reaktion aus

Relativgewicht das Relativgewicht drückt den Schweregrad der Erkrankung zu einem definierten Zustand aus

Reliabilität Maß für die Zuverlässigkeit von Daten bei Wiederholung eines Tests

Repräsentation (psychische) Vorstellung anstelle eines wirklichen Ereignisses

Resilienz Schutz-/Widerstandsfähigkeit

respondent direkt bewirkte Konditionierung durch einen Reiz

Ressourcen körperliche/psychische Kräfte, die mobilisiert werden können, um den Genesungsprozess zu fördern

rigide rigides Verhalten bezeichnet auf wenige Handlungsalternativen eingeengtes Verhalten mit wenig oder keinen Freiheitsgraden

Rolle Die Summe der Erwartungen und Ansprüche einer Gruppe oder der gesamten Gesellschaft an das Verhalten und das äußere Erscheinungsbild eines Inhabers einer sozialen Position

Rollenambiguität liegt vor, wenn die Ausfüllung der Arbeitsrolle nicht erfolgen kann, weil die notwendigen Informationen zur Durchführung der Tätigkeit nicht vorhanden sind oder unklar definiert wurden

Rollendistanz Fähigkeit, Normen oder Rollenerwartungen wahrzunehmen, sie zu interpretieren und mit ihnen reflektierend so umzugehen, dass die eigenen Bedürfnisse in die Interaktion eingebracht werden können

Rollenidentifikation Bindung an eine Rolle durch Verinnerlichung der Rollenerwartungen; dabei entsprechen sich die vorgeschriebenen Verhaltensnormen und die eigene Bedürfnislage

Rollenkonflikt ein Rollenkonflikt liegt dann vor, wenn sich die Erwartungen an den Rolleninhaber widersprechen oder nicht miteinander zu vereinbaren scheinen

Rückzugsräume Übernachtungsangebote für Klienten außerhalb von Krankenhäusern zur Krisenintervention, in denen nicht Behandlung, sondern soziale Entlastung im Vordergrund steht

Salutogenese wissenschaftliches Konzept des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, das die Frage nach den Wirkfaktoren für die Erhaltung von Gesundheit zu beantworten sucht

Schädigung an der Gesundheit Hervorrufen oder Steigern eines krankhaften Zustandes

schizoid Charakterisierung eines bestimmten Persönlichkeitstypus, der sich durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung auszeichnet; Menschen mit dieser Persönlichkeitsstruktur verfügen nur über ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben

Schlafstörungen liegen dann vor, wenn die persönliche Schlaf-Wach-Zeit nicht mit den sozialen Zeitgebern übereinstimmt; dadurch ausgelöst werden Befindlichkeitsstörungen und Übermüdung

Schritte der qualitativen Forschung es gilt das Prinzip der Abstraktion: von der sozialen Realität – Alltagsbegriff – Theorieentwicklung und -prüfung – zum theoretischen Begriff

Schritte der quantitativen Forschung es gilt das Prinzip der Konkretion: von der Theorie – Hypothese – theoretischer Begriff – Operationalisierung – zur sozialen Realität

Schub oftmals stufenförmig in ungleichmäßigen Sprüngen fortschreitender Krankheitsverlauf

Sektorisierung Organisation der gesamten psychiatrischen Versorgung nach festgelegten Versorgungsregionen

sensorisch zu den Sinnen gehörig

Sexualstörungen anhaltende und wiederkehrende Beeinträchtigung des Sexualverhaltens sowie Störung der Geschlechtsidentität mit der Verursachung von Leiden

Sicherheitsfachkräfte arbeiten in Maßregelvollzugseinrichtungen; ihre Tätigkeit ergibt sich aus dem MRVG

SOC-Skala von Antonovsky erarbeiteter Fragebogen zur Messung des Kohärenzgefühls

Somnolenz Zustand der Benommenheit; die Betroffenen wirken apathisch und schläfrig

Sopor tiefschlafähnlicher Zustand; eine Weckbarkeit ist nicht mehr möglich

Soziales allgemeine Bezeichnung für alle Arten von Beziehungen, die zwei oder mehrere Individuen in direkter oder indirekter Weise durch Interaktion verbinden

Sozialisation Prozess, in dessen Verlauf ein Individuum durch Umgang mit seiner Umgebung die ihm eigentümlichen sozial relevanten Erlebnis- und Verhaltensweisen entwickelt

Sozialpsychiatrischer Dienst ambulanter psychiatrischer Behandlungs- und Beratungsdienst, z.T. auch Institutsambulanz psychiatrischer Kliniken

Soziologie Wissenschaft von der Entwicklung und den Prinzipien der sozialen Ordnung

Soziotherapie Behandlung/Unterstützung im häuslichen Umfeld, z. B. betreute WG, berufliche Rehabilitation, Struktur des Alltags – evtl. tagesklinische Behandlung

Spätdyskinesie unwillkürliche Muskelbewegungen nach jahrelanger Medikamenteneinnahme, die meistens nicht reversibel sind

Stagnation Stillstand

stereotyp unter stereotypem Verhalten versteht man das gleichförmige Wiederholen von Bewegungen (Bewegungsstereotypien) oder das Wiederholen von Lauten, Silben oder Wörtern (Sprachstereotypien)

Stigma Zuschreibung negativer Eigenschaften, die bei den Betroffenen zu Diskriminierung führt

Stimulus-Response-Modell basiert auf dem behavioristischen Konzept der Verknüpfung von Stimulus (Reiz) und Reaktion; die Unterschiedlichkeit in der menschlichen Wahrnehmung von Reizen und ebenso menschlichen Reaktionen werden in diesem Ansatz ignoriert (Black Box)

Stress wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten einer Person

Stupor ein Starrezustand des ganzen Körpers bei wachem Bewusstsein, Bewegungen werden nicht oder nur sehr langsam ausgeführt; Nahrung und Flüssigkeit werden nicht oder bestenfalls unter intensiver pflegerischer Hilfe aufgenommen

Subsidiarität Nachrangigkeit der Leistung, Leistungsansprüche aus anderen gesetzlichen Grundlagen gehen vor

Suizidalität Wunsch bzw. Absicht der Selbsttötung; ein psychischer Zustand, in dem die Herbeiführung des eigenen Todes alle bewussten und unbewussten Gedanken, Phantasien, Impulse und Handlungen umfasst

Supervision mit Einzelpersonen, Teams oder Gruppen durchgeführter Beratungsprozess, der berufliches Handeln reflektieren soll und sich mit konkreten Fragestellungen aus dem Berufsalltag der Supervisanden befasst; Ziel ist die Verbesserung der Arbeitsatmosphäre, der Organisation und der aufgabenspezifischen Kompetenzen

symmetrisch spiegelungsgleich

Symptome physiologische oder psychologische Krankheitszeichen

Synonym als Synonyme werden Wörter gleichen Bedeutungsinhalts bezeichnet

System System bezeichnet ein Gebilde, dessen wesentliche Teile so aufeinander bezogen sind, dass sie eine Einheit abgeben; Systeme organisieren und erhalten sich durch Strukturen; Struktur bezeichnet die Form der Systemelemente und ihrer Beziehungsgeflechte, durch die ein System entsteht und sich erhält

systemisch Sichtweise, die auf Konzepten systemtheoretischer Wissenschaft beruht; die systemische Perspektive rückt die dynamische Wechselwirkung zwischen den biologischen und psychischen Eigenschaften einerseits und den sozialen Bedingungen des Lebens andererseits ins Zentrum der Betrachtung, um das Individuum und seine psychischen Störungen angemessen verstehen zu können

Team eine Einheit von Menschen, die sich gemeinsamen Zielen verschrieben haben und deren Zusammenarbeit in der Regel längerfristig angelegt ist

Teamarbeit unter Teamarbeit wird eine Personengruppe verstanden, die zur Erfüllung bestimmter Aufgaben, projektbezogen oder dauerhaft partnerschaftlich zusammenwirken

Teilleistungsschwäche unterdurchschnittliche Fähigkeit in einem kognitiven Bereich bei gleichzeitiger Unauffälligkeit in den übrigen Bereichen

teilnehmende Beobachtung die Erfassung der sozialen Konstituierung von Wirklichkeit sowie die Erfassung von Prozessen des Aushandelns von Situationsdefinitionen

teilremittierend schubweises Auftreten einer psychischen Krankheit, leichte bis schwere Symptome in der Zwischenzeit

themenzentrierte Interaktion von R. Cohn entwickeltes Gruppenkonzept, das der Humanistischen Psychologie zuzuordnen ist und die Person, die Gruppe und das Thema gleichwertig behandelt

therapeutisches Team sämtliche Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sondertherapeuten), die Kontakt zu einem Patienten haben, fügen sich zum therapeutischen Team zusammen

Tranquilizer Medikamente die über eine beruhigende und angstlösende oder schlaffördernde Wirkung verfügen

Transmitterstörungen Störungen in der Informationsübermittlung zwischen den Nervenzellen aufgrund einer Veränderten Freisetzung von Neurotransmittern

Trialoggruppen themenbezogene Zusammenkünfte von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen in einem hierarchiefreien Rahmen, in denen Erfahrungen, Wünsche, Ängste etc. mit psychischen Krankheiten ausgetauscht werden

Triangulation die Verquickung quantitativer und qualitativer Designs bzw. Datenmaterials

Triebimpulse psychobiologische Prozesse, die auf die Befriedigung starker, zum Teil lebensnotwendiger Bedürfnisse (z. B. Nahrungsaufnahme) gerichtet sind

Trigger Reiz, der eine Reaktion auslöst

Überprotektion Form einer unangemessenen Erziehung, die geprägt ist durch starke Kontrolle, häufig verbunden mit Vernachlässigung, Ablehnung und Überforderung; die Bezugsperson lässt sich nicht von den individuellen Bedürfnissen des Kindes leiten, sondern von nicht kindgerechten Vorstellungen und eigenen Bedürfnissen, die sie zu befriedigen sucht

Übertragungsphänomene zumeist unbewusst verlaufender Transfer von bestimmten Einstellungen und Gefühlen von einer Person auf die andere

Unterbringung ein psychisch kranker Mensch wird gegen oder ohne seinen Willen in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen

Unzufriedenheitsdilemma schlechtes subjektives Wohlbefinden trotz objektiv guter Lebensbedingungen

Vaginismus Form der sexuellen Störung der Frau, bei der es zu einem Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur kommt, wodurch das Eindringen des Penis unmöglich oder schmerzhaft wird

Validation bedeutet Wertschätzung; Validation wurde von der Sozialarbeiterin und Schauspielerin Naomie Feil, 1990 von Cleveland (USA) nach Europa getragen; Sie entwickelte diese Pflegetechnik aus der klientenzentrierten Gesprächsführung des Psychologen Carl Rogers heraus

Validität ein Test misst das, was er vorgibt zu messen

Verhaltensstörungen Verhalten eines Menschen, das ihn selbst in der Entwicklung seiner Persönlichkeit beeinträchtigt und ihn zugleich mit seiner Umwelt in Konflikt bringt; Verhaltensstörungen können u.a. auftreten bei geistiger Behinderung, Demenzerkrankungen, Entwicklungsstörungen

Verstärkung unter Verstärkung wird ein positives oder befriedigendes Ereignis verstanden, das unmittelbar auf ein Verhalten folgt und dieses belohnt und verstärkt; Verstärker können entweder positiv erlebt werden (positive Verstärkung) oder sie wirken, indem sie einen negativen Zustand des Organismus beenden (negative Verstärkung); werden Verstärker häufig eingesetzt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Verhalten von einer Person gezeigt wird

Verstehbarkeit von Antonovsky definierte Teilkomponente des Konzepts Kohärenzgefühl

Vision Eine Vision ist eine weit in die Zukunft reichende Zielvorstellung einer Organisation

vollremittierend phasenhaftes Auftreten einer psychischen Krankheit mit symptomfreien Zwischenzeiten

Vulnerabilität Verletzlichkeit, Anfälligkeit für psychische Störungen

Werte Übereinkünfte und Erwartungen, die das Verhalten der Mitarbeiter einer Organisation beschreiben und auf denen alle Beziehungen innerhalb der Organisation herrühren

Wertschöpfungskette die Wertschöpfungskette am Kunden beinhaltet die ganzheitliche Prozesskette von der Schnittstelle der Vorstufen über die Erbringung der Leistungen und Dienstleistungen bis hin zu deren Steuerungsprozessen

Workshop eine Gruppe bearbeitet in der Regel unter Anleitung eines Moderators eine komplexe Aufgabe; gemeinsam werden Strategien entwickelt, Probleme gelöst oder durch Erfahrungsaustausch voneinander gelernt

zentrale Gütekriterien qualitativer Datenerhebung Objektivität, Reliabilität und Validität

Zufriedenheitsparadox subjektiv zufriedene Individuen trotz objektiv schlechter Lebensbedingungen

zwanghaft bezeichnet eine in ihren Lebensbereichen übergenaue, penible, pedantische Persönlichkeit; Kontrolle dient als Gegenmittel gegen Unordnung; psychisch sind diese Menschen oft ausgeprägte Gewissensmenschen, eine »Notlüge« kann zu tagelangen Gewissensbissen führen; in stärkerer Ausprägung besteht das Leben nur noch aus Routinen, der Übergang zur Zwangsneurose ist dabei fließend

Stichwortverzeichnis

A

Abwehrmechanismus 286
Acetylcholin 217
Adrenalin 214
Affekt 290
– Inkontinenz 242
– Labilität 242
– Verflachung 242
Aggression 183–184
– Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen 343
– bei Kindern und Jugendlichen 340
– Erklärungsansätze 342
– pathologische 341
Aggressivität 24, 294
Agoraphobie 272
Akademisierung 25
Akathesie 198
Akuttagesklinik 385
Alkoholabhängigkeit 311
– Abstinenz 318, 315
– Abwehrmechanismus 316
– chronische 313
– Definition 312
– Diagnose 312
– Entwöhnung 315
– Haltung des Pflegepersonals 318
– Hilfesystem 320
– im Alter 333
– Kurzinterventionen 319
– Nachsorge 316
– Phasenmodell 312
– Veränderungsbereitschaft 317
– Verhaltensänderung 149
Alzheimer Demenz 256, 257, **323**
– Ätiologie 324
– Behandlung 324, 325
– Diagnose 324
– Indikation 325
– Pharmakotherapie 324
Ambivalenz 242
ambulant-komplementäre Einrichtungen 186
ambulante psychiatrische Pflege 68, **387–388**
Amnesie 235, 277
Amygdalae 303
Anamnese, Sozialanamnese 117
Anerkennung 96
Angehörigenarbeit 163
Angehörigenberatung 164
Angehörigenorganisation 392
Angststörungen, im Alter 334
Anorexia Nervosa (▶ Magersucht)
Antrieb, gesteigerter 295
Apathie 242
Arbeit 390
Arbeitslosengeld 365
Arzt 120
Assessment 30–31, 111, 113
Asylierung 7
Ätiologie 220
Attribution 155
Atypika 198
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) 345
– Behandlungsansätze 347
– Pflegerischer Umgang 348
Aufnahme 112, 115
– ambulant 116
– stationär 116
– Management 122
Ausbildung 13

B

Bedürfnispyramide (▶ Maslows Bedürfnispyramide)
Behandlungskonzept 197
Belastungsreaktion, akute 276
Beobachtung 116
Bericht 114
berufliche Identität 72
berufliche Trainingszentren 391
Berufsausbildung 378
Berufsförderungswerke 391
Berufsorganisation 6
Beschwerdestelle 391
Besprechung 99 f
Betreuer 376
betreutes Wohnen 389
Betreuungsgesetz 375
Bewältigung (▶ Coping)
Bewusstsein 232
– Einengung 233
– Eintrübung 233
– Verschiebung 233
Bewusstseinseinengung 277
Bewusstseinskontext 33
Beziehung 28, 69, 117, 227
– Behinderung 174
– Einfluss der Organisation 177
– Erwartungen 173
– Patient und Pflegekraft 172
– zu Kindern und Jugendlichen 338
Beziehungsgestaltung 60
– bei Depression 292
– bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 287
Beziehungsangebot 134
Beziehungsarbeit 60, 178
Beziehungspflege 173 ff
Bezugspflege 23, **109–110**, 287, 305
– Aufgaben 117
– Kurzkonzept 118
BGB 375
Bindungsstörung 340
Biographie 258
– arbeit 258
– forschung 21, 34
Blut-Hirn-Schranke 210
Broca-Zentrum 303
Bulimie 283

C

Case-Management 110
chronisch psychisch krank 387
Co-Abhängigkeit 314
– strukturelle 315
Compliance 196
– bei Schizophrenie 266
– bei wahnhaften Störungen 268

Coping **48–49**, 160–162, 225 f, 299
– Training 58
– Phasen 160
– Phasen 161
Cortex 214
Chronizität 35

D

Decodieren 127
Degenerations-Hypothese 9
Déjà-vu-Erlebnis 236
Delinquentes Verhalten 340
Delir 261, 328
– Ätiologie 328
– Einzelbetreuung 261
– Psychosoziale Faktoren 261
– Realitätsbezug 261
Delirium tremens 315
Demenz 256, **323**
– Alzheimer (▶ Alzheimer Demenz)
– Ätiologie 323
– Diagnose 322
– frontotemporale 327
– Lewy-Körper Demenz 327
– Medikamente 205
– Millieugestaltung 259
– primäre 256
– sekundäre 256
– vaskuläre 257, **326**
Depersonalisation 240, 302
Depotmedikament 200
Depression 241, 290–291
– Aktivierung 293
– Ätiologie 330
– bei Kindern und Jugendlichen 344
– im Alter 329
– Risikofaktoren 330
– Therapie 330
Derealisation 240
Dezentralisierung 384
Diagnose 247
– Hauptgruppen 247
– Leitlinien 247
diagnoseorientierte Fallpauschale 247
Diagnostik, Fehler 156
Dissoziation 304
Distanz 73, **178**
Dokumentation 114, 119
Dopamin 217
Doppelbindung 133
Double-bind (▶ Doppelbindung)
Dysphorie 241

E

Eigenverantwortung 267
Einwilligung 372
Einwilligungsvorbehalt 376
Einzelfallarbeit 318
Elektrokrampftherapie 291, 330
emotionale Intelligenz 151
Empathie 108, **135–136**
Empfehlung der Expertenkommission 187
Empowerment 59
Endhirnkerne 215
Entgiftung 315
Entlassung 121
Entwicklung, gesunde 338
Entspannung 301
Entwicklungspsychologie 152
Epilepsie, im Kinder- und Jugendalter 350
Erstkontakt (▶ Kontaktaufnahme)
ethnische Herkunft 141
Euphorie 241
Evaluation 22, 111
extrapyramidal-motorische Schranke 199
extrapyramidal-motorische Symptome 198

F

Fallpauschale 247
Familienpflege 6–8
Flash back 300
Formatio reticularis 211–212
Forschung 18, 20, 22
– Datensammlung 20
– empirische 22
– qualitative 18
– quantitative 18
– Triangulation 20
Freiheitsberaubung 373
Freiheitsentziehung 373
Führungsinstrument 93
Führungskräfte 94

G

GABA 216–217
Gedächtnisfunktionen 154
Geduld 201
Gefühle 150
Gefühlsverarmung 242
Gegenübertragung 292
Gehirn 210
gemeindenahe Psychiatrie 12
Gemeindepsychiatrie 382
Gemeindepsychiatrischer Verbund 393
Genetische Belastung 221, 324
– bei Alzheimer 324
– bei Schizophrenie 221
Gesprächsführung, motivierende 319
Gesprächspsychotherapie 10
Gesundheit 40
– Dimensionen 42
– Relativität 44
Gesundheitsbewusstsein 54, **57–58**
Gesundheitshandeln 61
Gesundheitsstrukturgesetz 188
Gewalt 10, 79
Gleichgewicht 211
Grenzen 197
Gruppe 179
– Dauer 181
– Regeln 181
– therapeutische 83

Gruppenleitung 180
Gruppenphasen 180
Gruppensitzung 182
Großhirnrinde 214
Grounded Theory 20
Grundemotionen 150
Grundhaltung 108

H

Habituation 275
Halluzinationen 294
Handlungskompetenz 100
Hauptdiagnose 248
Hausrecht 386
Heim 389
Hemisphäre 214
Heterostase 47
Hierarchie 5
Hilfe zum Lebensunterhalt 371
Hippocampus 303
Hirnhaut 210
Hirnnerven 212
Hirnanhangdrüse (▶ Hypophyse)
Homöostase 47
Humanisierung 7, 12
humanistische Psychologie 134
Hyperaousal 300–301
Hypochondrie 239, 278
Hypophyse 213
Hypothalamus 213
– Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse 300
Hysterie 9

I

Ideenflucht 237, 294–295
Infusionstherapie 202
Institutsambulanz 187
Institutsambulanz 387
Institution 5
Insulinschock 11
Integrationsfachdienst 391
Integrationsfirma 390
Integrierte Behandlung und Versorgung 383
Interdisziplinarität 81
Intrusion 300

K

Klassifikation 8
Kleinhirn 211
Klientenzentrierung 108
Koma 232
Kommunikation 29, 115, **126–127**
– analoge 130
– Axiome 129
– Basisregeln 128
– Beziehungsaspekt 130, 132
– Inhaltsaspekt 130
– komplementär 131
– symmetrisch 131
kommunikativer Prozess 127
Komorbidität 246
Kompetenzerweiterung 101
Konditionierung 152
– respondente 339
Konfabulation 235
Konflikt 73
Kongruenz **109–110**, 133, 136, 173
Konsensfindung 29
Kontaktaufnahme 30, 56, 112–113
Körperverletzung 372
Kortisol 301
Krankenhausbetten, Abbau 385
Krankenpflege 6
Krankenpflegegesetz 13, 112
Krankenversicherung 366
Krankheitsbewältigung (▶ Coping)
Krankheitseinsicht
– bei Essstörungen 283
– bei wahnhaften Störungen 268
– bei Schizophrenie 266
Krankheitskonzept 67
Krankheitsmodelle 40
Krankheitsphasen 34
Krankheitsverlaufskurve 33–34
Krisenintervention 162, 387
Kultur 141–142
Kulturdominanz 144
kulturelle Sensibilität 140
Kundenorientierung 90
Kurzzeitgedächtnis 153, 235

L

Langzeitgedächtnis 153, 235
Langzeitpatient 388
limbisches System 214, 303–304
Lithiumprophylaxe 202
Lobotomie 11

M

Magersucht 282
Manie, im Alter 330
Management 92
Maslows Bedürfnispyramide 149, 256
Millieugestaltung, bei Demenz 259
Maßnahmeplanung 32
Maßregelvollzugsgesetz 356
Metakommunikation 142
Misstrauen 267
Mitarbeiterorientierung 91
Mittelhirn 211
mnestische Lücken 300
Modellernen **152–153**, 339
Modellprojekt 14
Moderation 99
Motivation 148
Multidisziplinarität 81

N

Nachtklinik 386
Nähe 179

Nähe-Distanz-Problematik, der Pflegenden 178
Nahrungsaufnahme 212
narratives Interview 21
Nebenwirkungen 199, 203
Negativsymptomatik 224
Nervenarzt 388
Nervenzellen 216
Neurasthenie 278
Neuroleptika 197–205
– trizyklische 198
– atypische 198
neuronale Plastizität 210
Neurosekrete 213
Neurotransmitter 216
Nodranerges System 300
Noradrenalin 201, 214, 217
Nutzerkontrolle 392

O

Organisation 89
– lernende 89
– Lernstrategie 89
operantes Lernen 339

P

Panikattacke 239, 274
Panikstörungen 272
Patientenfürsprecher 391
Patientenklassifikations-System 247
Patientenzufriedenheit 24
perseverierendes Denken 237
Personalpolitik 89, 94
Personalführung 94 f
personenzentrierter Ansatz **134–136**
Perspektivübernahme 340
PES-Format 250
Pflege
– Aufgaben 119
– Belastung 78
– Erwartungen 69
– Geschichte 13
– Identität 76
– Maßnahme 113 f
– Metaparadigma 26
– psychiatrische, Definition 30
– psychodynamische 68, 174
Pflegeanamnese 56
Pflegebericht 119
Pflegediagnose 171, **249–250**
Pflegekonzept 71
Pflegeleitbild 90
Pflegeplanung **113**
– in der Forensik 359
Pflegeprozess 25, 28, **112**
Pflegesystem 27 f
Pflegetheorie 32
Pflegeüberleitung 121
Pflegeverständnis 91
Pharmaka 196
posttraumatische Belastungsstörung 221,277, **298**
– Schutzfaktoren 299
Problemlösungsprozess 101
Professionalisierung 13–14, 25, 250
Prognosekriterien 226
Projektleitung 101
protektive Faktoren 220
Prozessmanagement 89
Pseudologia phantastica 235
Psychiatrie-Enquete 12, 382
Psychiatrieerfahrene, Bundesverband 392
Psychoanalyse 8
Psychoedukation 61, **164**
Psychologe 120
Psychologie 148
Psychopharmakamissbrauch 333
Psychoseseminar 392
psychosozialer Arbeitskreis 393
Psychotherapie 165, 166
– humanistische 165
– körperorientierte 166
– systemische 166
– tiefenpsychologische 165
– verhaltens-therapeutische 165
psychische Störungen, Verlauf 224
pyramidales und extrapyramidales System 216
– pyramidal-extrapyramidal-motorisches System 215
Pyramidenbahnkreuzung 211

Q

Qualitätssicherung 249

R

Re-traumatisierung 300, 304
Reflexe 211
Reform 12
– der Psychiatrie 384
Regression 283
Rehabilitation 368, 388
– berufliche 369
– medizinische 369
Relativgewicht 248
Repräsentationsfähigkeit 340
Residualsymtome 224
Ressourcen **50–51**, 225, 266, 268
rezidivierende Episode 224
Rindenfelder 215
Risikofaktoren 220
– bei Abhängigkeitserkrankungen 311
– bei posttraumatischen Belastungsstörungen 299
Ritalin 347
Rodewischer Thesen 12
Rollen 80
Rollendefinition 66
Rollendistanz 72
Rückfallprophlaxe 204

S

Schizophrenie 264
– Compliance 265
– Erstmanifestation 264
– im Alter 332
– Therapie 333
Schlaf-Wach-Rhythmus 260
Schlafstörungen 202, 334
Schub 224
Schutzfaktoren 220
Sektorisierung 383
Selbstfürsorge 44
Selbstpflege 26
Selbstpflegedefizit 27
Selbstwahrnehmung 115
Selbstwertgefühl 59
Serotonin 201, 217, 302
Setting 55
– Grundaspekte 56
sexuelle Kontakte 295
SGB 364 f
Sicherheit, in forensischen Kliniken 359
somatisches Syndrom 291
Somatisierungsstörungen 278
Somnolenz 232
Sopor 232
Sozialarbeiter 120
soziale Phobie 273
Sozialgesetze 364
sozialpsychiatrischer Dienst 386
Soziotherapeut 190
Soziotherapie **188–193**, 264, 268, 388
Spannungszustände 306
Spätdyskinesie 198
SSRI 200
Stereotyp 155
Sterilisierung 11
StGB 356
Stopp 356
Störungsbilder 247
Stressbewältigung 159
Stressforschung 45–46
Stressoren **46–48**, 158, 299
Stressreaktion 159
Stupor, dissoziativer 277
Subjektives Kranksein 42
Subsidiarität 370
Suchtmittelabhängigkeit 310
Suizidalität 293
– im Alter 329
– im Kinder- und Jugendalter 349
– Konfrontation 293
– Verhalten 163
Synapsen 216

T

Tätigkeit, psychosoziale Funktion 71
Tagesklinik 385
Taxonomiesystem 251
Team **80–81,** 88
– Entwicklungsphasen 97
– Merkmale 98
– multiprofessionell 82
– Spielregeln 99
Teamarbeit 97
teilnehmende Beobachtung 21
Thalamus 213
Therapeuten 120
Therapie
– antipsychotische 204
– hypnotische 8
– medikamentöse 197
Trauma 10, 221
– psychisches 298
traumatischer Stress 298
Trialog 164
Trialoggruppe 392
Trigger 300

U

Überforderung 75
Überleitungspflege 121 f
Übertragung 73
unbewusst 232
Unterbringung 373
Unternehmenskultur 91, 95
Unternehmensphilosophie 90
Unterstützungsnetzwerke 59

V

Validation 258
vegetatives Nervensystem 212, 214
Veränderungsmanagement 95
Verantwortung 117
Verantwortungsübernahme 110
Verhaltensmuster 250
Versorgungsnetzwerk 188
Versorgungsprozess 111
Vierhügelplatte 212
Vorpostensymptome 228
Vulnerabilität 220, 277, 298–299

W

Wahn 238
Weiterbildung 14
Werkstätten für Behinderte 369, 391
Wertschätzung 136
Wertschöpfungskette 88

Z

Zielerreichungstheorie 28
Zielüberprüfung 31
Zirbeldrüse 212
Zwangsgedanken 237, 275
zwangsweise Unterbringung 373
– Rechte des Betroffenen 374